NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

55350

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

MAI 1848. — 9me Série. — T. V.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1848.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p. 1—16.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 17—66.
Monographie des voies urinaires. p. 67—71.
Mélanges. p. 72.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 1—10. *Revue* 28, 29, 30, 42, 43.
Thérapeut. 11—17. *Revue* 31, 44.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 18. *Revue* 33, 34, 35.
Maladies des femmes. 19—21. *Revue* 32.
Maladies des enfants. 22.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Pathologie externe. 23 *Revue* 36.
Médecine opératoire. 24. *Revue* 37, 38.
Ophthalmologie. 25 *Revue* 39.

VIII. Mal. des voies génito-urinaires. 26.

XII. Généralités. 27.

Sociétés savantes, pag. 226, 234.

Mélanges. 40, 41.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(MAI 1848.)

HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — PROFESSEUR, M. A. UYTTERHOEVEN.

Fracture oblique du fémur. — Emploi de la gutta percha.

Guillaume Collin, âgé de 3 ans, est entré à l'hôpital le 20 mai. Il a été renversé par une vigilante. La chute a déterminé une fracture du fémur vers sa partie moyenne. La rupture de l'os s'est faite avec une obliquité notable; la cuisse est fortement arquée en avant par le chevauchement des deux fragments. Le membre est raccourci d'un demi-pouce environ. Il est à remarquer que les extrémités étant naturellement un peu arquées en avant, surtout au fémur, la déviation paraît ici d'autant plus considérable.

Le jeune malade, bien que d'une constitution éminemment lymphatique, jouit cependant d'une santé parfaite sous tous les rapports.

Ce sujet sert de texte à la leçon clinique. Le professeur insiste sur l'inutilité et les dangers de la plupart des appareils, inventés jusqu'à ce jour pour obvier au raccourcissement du membre dans les fractures de cette espèce. La cause en est simple, dit-il, c'est le défaut d'un point d'appui, sur lequel l'appareil puisse invariablement se fixer à demeure sans déterminer de dangereuses excoriations. Chez les enfants, naturellement indociles, et se livrant sans cesse à des mouvements inconsidérés, ils offrent encore moins d'avantages ou plutôt présentent plus d'inconvénients. Un appareil inamovible et se solidifiant instantanément, lui paraît, seul, offrir la plupart des conditions voulues.

La *gutta percha* va au-devant de ces exigences, car elle se *solidifie immédiatement*, et elle n'a rien à redouter du contact des urines ou d'autres liquides. En conséquence, le professeur pense qu'il ne serait pas impossible que, par un appareil convenablement appliqué, l'on remédiât au raccourcissement.

Voici comment on procède à l'application.

Le 24 mai. La fracture réduite, et le membre porté à sa longueur naturelle, on dispose une plaque de *gutta percha*, préalablement ramol-

lie, qui s'étend depuis la partie moyenne de la plante du pied, contourne le talon, longe les faces postérieure et latérale de tout le membre inférieur, remonte derrière la hanche, et s'arrête enfin vers la dernière côte. Au moyen d'une bande roulée, on la moule sur les parties, le membre étant toujours maintenu dans sa direction et sa longueur naturelles. L'application immédiate de compresses, trempées dans l'eau froide, donne instantanément à cette plaque une grande solidité. Une seconde plaque est ensuite, et de la même manière, appliquée sur la face antérieure du membre, depuis l'épine iliaque jusque sur la face dorsale du pied. On fixe les deux plaques au moyen de bandelettes de *gutta-percha*, et afin qu'elles n'adhèrent point intimement l'une à l'autre, on enduit de cérat les surfaces qui pourraient se trouver en contact. Ce moyen bien simple réussit parfaitement.

N'oublions pas d'annoter que le membre est non seulement porté à sa longueur naturelle, mais qu'il a été et reste maintenu dans sa direction primitive.

Le 25. L'appareil est un peu relâché. On enlève la plaque antérieure; le membre a conservé et conserve encore sa direction et sa position naturelles. On resserre l'appareil par le même procédé auquel on a eu recours, la veille, pour la première application.

Bien que l'appareil ait été appliqué à nu sur la peau, il n'est survenu ni rougeur ni excoriation.

Le 26. L'appareil s'est encore relâché par le dégonflement du membre, mais moins cependant que la veille. Il est de nouveau resserré. Le membre n'a point changé de direction ni de longueur.

La santé générale est des plus satisfaisantes.

Le 27. Même résultat que la veille.

Après ce que nous avons dit dans notre introduction, nous croyons inutile d'ajouter que les observations seront toujours complétées dans un numéro subséquent par l'histoire des résultats, et quels qu'ils puissent être. De cette manière chacun de nos lecteurs assistera, pour ainsi dire par lui-même, au traitement des malades.

CHLOROFORME.

C'est bien peu de chose aujourd'hui que de rendre compte d'une opération précédée de l'emploi du *chloroforme*; nous ne l'ignorons pas. Cependant il est de ces circonstances qui impressionnent si vivement l'esprit, que l'on résiste difficilement au désir d'en rendre compte. C'est ce qui nous est arrivé samedi dernier.

Le nommé Roggemans est affecté de carie à l'extrémité inférieure du tibia. Le gonflement est considérable; la tumeur très-étendue. Tous les moyens connus ont été inutilement mis à contribution depuis nombre d'années. En dernier lieu et depuis son séjour à l'hôpital, monsieur *A. Uytterhoeven* eut recours à la méthode de M. *Vandenbroeck*, de Mons, mais le baume d'opodeldoch a échoué comme tous les autres remèdes qui l'avaient devancé. Le malade commençait a dépérir; les sueurs nocturnes étaient survenues; l'appétit se perdait; il n'y

avait presque plus de sommeil. Il fallait se décider à un traitement plus énergique : le malade le demandait lui-même à cor et à cri, bien qu'il eût plus de bonne volonté que de courage.

Avant de pratiquer une opération quelconque, il s'agissait de savoir si l'articulation était aussi malade. En apparence, elle semblait encore avoir échappé à l'affection. Les mouvements n'étaient ni douloureux, ni difficiles. D'autre part : quelle était la profondeur de l'affection osseuse? le périoste était-il seul affecté, ou bien le mal avait-il pénétré plus ou moins profondément dans l'épaisseur de l'os ? En d'autres mots, fallait-il avoir recours à la rugine ou à la scie, à l'incision ou à l'amputation ?

Roggemans fut apporté dans la salle à opérations, et une conférence clinique fut ouverte sur ces différentes questions. Notons que le malade ignorait complétement de quoi il allait s'agir.

Nos lecteurs connaissent d'avance tous les arguments, qui ont pu être mis en avant, soit pour, soit contre l'amputation. Tout le doute devait se rapporter à la question de savoir si l'articulation elle-même était malade. C'était l'opinion de M. *A. Uytterhoeven.* En introduisant un stylet dans les différentes ouvertures fistuleuses que présentait la tumeur, il avait plusieurs fois réussi à pénétrer bien avant dans l'articulation tibio-tarsienne. D'un autre côté, il avait pu s'assurer également que le stylet traversait le tibia presque de part en part. Et enfin, l'objection suivante fut soulevée, et fit adopter par tout le monde l'avis de procéder immédiatement à l'amputation : le malade, épuisé comme il l'était, aurait-il pu supporter sans danger la longueur d'une opération qui ne pouvait réussir sans une longue et abondante suppuration? Évidemment non ; il y avait plus à craindre qu'à espérer. En conséquence, l'amputation sus-malléolaire fut arrêtée pour le surlendemain, et vu l'excessive pusillanimité du malade, il fut décidé que l'on aurait recours au *chloroforme.*

Dès que Roggemans fut couché sur la table à opérations, et sans rien lui dire, on lui fit respirer du *chloroforme* répandu sur du linge. Il s'imaginait que c'était du vinaigre en vue de le garantir contre une faiblesse. Cette idée prit d'autant plus de consistance dans son esprit, que le chloroforme mis en usage, en premier lieu, etait impur, contenait du chlore, provoquait une toux violente et n'eut, par conséquent, aucune action anesthésique. On eut immédiatement recours à un chloroforme dûment purifié, et Roggemans ne tarda pas à s'endormir. On entretint, pendant toute la durée de l'opération, l'action du chloroforme, en versant de temps à autre quelques gouttes sur le linge.

Lorsque Roggemans se réveilla, l'opératur était déjà en train de faire le pansement. Non-seulement R.... n'avait senti aucune douleur, mais il était bien loin encore de se douter qu'on lui eût amputé la jambe. On lui avait cependant dit que l'on se proposait d'avoir recours à cette opération, mais il n'avait pu y croire. Il s'était imaginé que, ainsi que l'avant-veille, on allait se livrer à l'examen de la plaie. Aussi en se réveillant, pérora-t-il tout d'abord sur le malheur qui en résulterait pour

lui *si on devait lui couper la jambe*, et il espérait que l'on trouverait bien un moyen de lui conserver ce membre. Toutefois, il se disait décidé à supporter quoi que ce fût afin d'échapper au danger de mort qui le menaçait.

On le rassura peu à peu sur les inconvénients qu'il y avait de perdre un membre, attendu qu'aujourd'hui on fabrique des jambes *artificielles* qui le disputent de finesse, d'élégance et de flexibilité, avec les meilleurs membres naturels, et que bientôt il pourrait s'en convaincre par lui-même. Il commença alors à soupçonner que l'opération avait déjà été pratiquée, et lorsqu'il en fut complétement convaincu, chose qui ne fut d'abord pas facile, sa joie ne connut plus de bornes.

Du 22 au 27 mai, les suites de l'opération se présentent sous l'aspect le plus favorable. — Cette observation sera complétée dès que le résultat pourra être définitivement constaté. Dans l'espèce, le complément sera d'autant plus nécessaire, que M. *Uytterhoeven* n'a point pratiqué l'opération sans une extrême répugnance, parce qu'il craint que la *carie* ne s'empare de quelque autre partie osseuse, comme il en a déjà rencontré plusieurs exemples.

ABCÈS A LA JAMBE.

Les petites causes produisent fréquemment de grands effets. C'est le chirurgien qui a peut-être le plus souvent l'occasion de vérifier ce fait ; aussi croyons-nous de la plus haute utilité de retracer de temps à autre l'histoire de cas pareils, quelque simples qu'ils paraissent au premier abord, afin de tenir constamment en éveil l'attention du chirurgien. Cela nous paraît d'autant plus nécessaire, que les cliniques chirurgicales ne sont jamais sans offrir de nombreux exemples d'affections, devenues excessivement graves parce qu'elles ont été négligées dans le principe, la cause déterminante du mal n'ayant point réussi à attirer l'attention du praticien.

Le 18 mai dernier, vers midi, *Rovant* (*André*), aide-maçon, âgé de 18 ans, laisse échapper une brique de la main. La pierre va le frapper à la face dorsale du *pied gauche*, à la naissance du tibia. A peine s'aperçoit-il de cet accident ; du reste, il n'y fait aucune attention, et continue à travailler.

C'est un garçon bien constitué qui n'a jamais été malade ; d'une constitution sèche et d'un caractère assez vif. Il a habituellement le sommeil agité, à telle enseigne, qu'il se lève fréquemment la nuit, parcourt sa chambre, et ce n'est qu'en se heurtant contre quelque obstacle qu'il se réveille et s'aperçoit qu'il n'est pas dans son lit. Sans cette violence extérieure, il ne se doute jamais le lendemain de ses promenades nocturnes.

Le hasard voulait que, le jour de la chute de la brique sur son pied, *Rovant* fût particulièrement fatigué d'un excés de travaux durant les jours précédents.

Le soir, *Rovant* rentra chez lui sans ressentir ni gêne, ni douleur,

et sans apercevoir le moindre signe d'une lésion extérieure quelconque. La nuit fut bonne, et le lendemain, il continua ses travaux comme si de rien n'était.

Dans l'après-dîner, un peu de gêne commença à se manifester dans l'articulation tibio-tarsienne. Cette gêne augmenta graduellement et ne tarda pas à faire place à de si vives douleurs, que *Rovant* se vit bientôt forcé de cesser sa besogne, et ce ne fut même qu'à grand'peine qu'il parvint à regagner son logis.

Il garda chez lui un repos absolu durant quatre jours, mais le mal alla en empirant de minute en minute. Aucun remède ne fut employé.

A son entrée à l'hôpital (23 mai) dans la soirée, on constate un gonflement considérable de la partie inférieure de la jambe; la peau est rouge, tendue, luisante, d'un aspect érysipélateux ; très-douloureuse à la moindre pression, surtout le long du bord externe du tibia. L'articulation tibio-tarsienne est fortement gonflée ; le mouvement le plus petit y détermine des douleurs insupportables. Le malade a la physionomie souffrante et décomposée ; de violents frissons suivis de chaleur et de sueurs l'incommodent outre mesure. Le pouls est fréquent et accéléré ; céphalalgie; selles rares et dures.

Le 24, au matin, le gonflement et la rougeur ont encore augmenté. Tous les autres symptômes concomitants se sont aggravés. Application de sangsues aux malléoles ; cataplasmes émollients, diète absolue, repos du membre, couché sur un plan incliné ; boissons émollientes.

Le 25, les douleurs dans l'articulation ont diminué; il n'en est pas de même vers la partie moyenne et latérale de la jambe. De ce côté il y a aggravation de symptômes. Il est évident que le tissu cellulaire sous-cutané est déjà malade, et qu'infailliblement il se formera une collection purulente.

La nuit, le malade a été très-agité, il s'est levé plusieurs fois. La fièvre et les frissons redoublent d'intensité. Le malade reste constipé. Cataplasme de mie de pain blanc ; électuaire purgatif; diète.

Le 26, il n'y a plus aucune douleur dans l'articulaton, mais à la partie moyenne de la jambe, la collection purulente est manifeste; déjà la peau est légèrement amincie ; douleurs pulsatives intenses. Une profonde incision donne issue à un grand verre de pus. Mais l'incision, au lieu d'être pratiquée au centre du foyer, là où la fluctuation était le plus manifeste et la peau soulevée, plus amincie, a été faite plus en avant sur la limite du foyer. La crainte de blesser la veine saphène paraît avoir guidé ici l'aide habile, à qui cette petite opération avait été confiée. Il en pourra résulter que le pus, obéissant à son propre poids et conséquemment ne pouvant que difficilement remonter vers l'ouverture, que l'on vient de faire, nécessitera des pansements plus fréquents ou exigera une contre-ouverture, au moyen de l'instrument tranchant, pour parer aux inconvénients résultant de la stagnation de la matière dans le clapier. On donne au membre la position la plus favorable possible afin d'éviter ce contre-temps.

Le 27, grande amélioration sous tous les rapports.

Le 28, le pus s'étant écoulé d'une manière incomplète, le gonflement, la douleur, les symptômes inflammatoires enfin, se sont reproduits. La plaie est aggrandie au moyen d'un bistouri boutonné.

Le 30, amendement général. La suppuration moins considérable conserve toujours les qualités d'un pus louable ; cependant le foyer reste étendu et s'étend à la partie postérieure du membre et jusque près de la malléole interne.

La pression des deux mains est nécessaire pour exprimer la jambe purulente. A l'effet d'obvier à cette stagnation du pus et dans le désir d'éviter une nouvelle opération, le chirurgien recommande au malade de se coucher sur le côté gauche pour favoriser l'écoulement de la matière. Le pansement devra être répété à la visite du soir. Du reste, même prescription que la veille.

Le 31, le membre reste gonflé; un stylet mousse pénètre jusqu'à l'os. On sent de fortes rugosités à la face interne du tibia ; la collection du pus est très-grande ; il fuse, mais sans former un foyer apparent.

Le malade est de nouveau abattu et inquiet. Quelques injections avec l'huile fine d'olives sont recommandées dans le but de prévenir les exfoliations. Le reste du traitement comme la veille.

Plaies et contusions graves à la tête et à l'abdomen.

Si, à l'inverse de ce que nous avons remarqué dans l'observation précédente, il se présente des causes violentes, sans effets immédiats et nécessairement attendus qui soient à la hauteur de l'accident, que l'on nous passe cette expression, le chirurgien se sent pris malgré lui d'une grande méfiance, et s'il est jeune encore dans la pratique de son art, il n'est pas rare de le voir porter un diagnostic inspiré plutôt par ses craintes que par la réalité. Quoi qu'il en soit, l'un comme l'autre doivent, autant que faire se peut, prévoir les événements, et n'être en quelque sorte point surpris de rien qui puisse survenir.

Ces réflexions nous sont suggérées par deux cas de cette espèce qui se sont présentés à la clinique dans le courant de la semaine.

Vanlint (*Guillaume*,) âgé de 54 ans, meunier, d'un tempérament lymphatique, et n'ayant jamais été malade, tombe à la renverse d'une hauteur de dix pieds, et reste environ deux heures sans reprendre connaissance. A part un souvenir très-vague de la présence de deux prêtres, il était déjà à l'hôpital (29 mai) sans se douter le moins du monde du malheur qui lui était arrivé. Lors de l'interrrogatoire fait au moment de son entrée à l'hôpital, les réponses sont lentes, embarrassées, quoique assez justes. Léger assoupissement ; pouls lent, mais régulier.

Une plaie contuse, semi-circulaire, se présente au crâne ; elle s'étend d'arrière en avant en suivant une direction parallèle à celle de l'insertion du muscle temporal. Il n'y a aucune dénudation des os, ni apparence de dépression de ces organes, mais au-dessous de cette plaie on reconnaît les signes d'une contusion considérable. Les parties molles

présentent au tact la sensation d'une fluctuation évidente, produite sans doute par l'extravasation des liquides sanguins et lymphatiques.

Le genou gauche est en outre affecté d'un gonflement considérable; un liquide extravasé distend la synoviale, au point qu'elle semble prête à céder sous l'effort de la pression qu'elle subit.

La rotule paraît fracturée; saisie par les deux mains, agissant en sens inverse sur ses deux extrémités, elle ne résiste point, et cède aux mouvements effectués en sens contraire, sans cependant offrir le signe de la crépitation, symptôme si souvent incertain, et presque toujours si difficile à provoquer, sans exciter l'aggravation des accidents.

Traitement. — La tête est rasée; des bandelettes agglutinatives maintiennent les réunions de la plaie; des fomentations froides sont constamment appliquées sur le crâne. Une diète alimentaire rigoureuse est prescrite; le malade est condamné au repos le plus absolu.

Quant au genou, des fomentations résolutives sont appliquées; le membre est placé dans une position élevée; et la flexion de la jambe sur la cuisse rendue impossible.

Le 30 mai. Nuit très-agitée; point de sommeil possible; ce sont surtout les douleurs du genou qu'il en faut accuser. On appelle l'élève interne de garde. Il prescrit un topique calmant; les douleurs s'apaisent, et le sommeil reparaît.

Le malade n'a aucunement souffert de la tête; l'extravasation sanguine y a presque disparu. — Le pouls est naturel. Tout symptôme de commotion a cessé. Vanlint demande à manger. On lui accorde une légère nourriture, précédée de quelques cuillerées de tamarin.

La jambe est mise dans une gouttière de gutta percha.

Le 1er juin.—Le gonflement du genou a presque entièrement disparu. L'on sent fort bien la rotule. Il est facile maintenant de constater une dépression transversale, visible à l'œil nu, formée par une rainure assez profonde de l'os, à bords plus ou moins inégaux. En fléchissant le membre, il ne s'opère aucun écartement; en saisissant les deux fragments supposés de la rotule et en essayant de leur faire exécuter des mouvements en sens opposé, l'os ne cède point. Il n'y a de mouvement possible que dans sa totalité. La difformité ne peut donc être attribuée qu'à une fracture incomplète de la rotule, ou à la déchirure de la couche fibreuse qui la recouvre.

L'état général de *Vanlint* est des plus satisfaisants. L'appareil en gutta percha est maintenu.

Le second cas est plus intéressant.

De Kegel (*Joseph*) âgé de 24 ans, de constitution lymphatique, jadis tanneur, aujourd'hui terrassier, a été surpris par un éboulement de terre, sous lequel il est resté enseveli durant plusieurs minutes. La masse de terre peut être évaluée à un mètre cube, et la hauteur de la chute à dix mètres environ. Au moment de l'accident, *De Kegel* était légèrement appuyé contre une charette à bras lui arrivant à mi-corps. Frappé en pleine tête, le malheureux fut violemment plié sur le rebord de la charette. Il se rappelle qu'il fit des efforts inouis, mais inu-

tiles, pour se relever. Une dixaine de ses compagnons parvinrent assez rapidement à le déterrer.

Voici ce que l'on constate à son entrée à l'hôpital. C'est immédiatement après l'accident que le transport du malade fut effectué (30 mai, au soir).

Au front, à la face et au cou se présentent de larges et fortes ecchymoses. *De Kegel* a l'air d'un nègre. Il n'y a cependant aucun gonflement apparent, ni plaie, ni déchirure. Des lésions de même nature se remarquent dans toute l'étendue du dos, et sur diverses autres parties du corps ; mais là ne paraît point le danger.

A l'*abdomen*, un peu au-dessus de l'ombilic, on remarque une ligne ecchymosée transversale, offrant, à l'une de ses extrémités, une escharc de la grandeur d'une pièce d'un franc : cette ligne a dû être produite par le bord de la brouette. Au-dessous de l'eschare, on sent une dépression très marquée, située à quatre travers de doigt, au-dessus et à droite de l'ombilic. Dans cet intervalle on aperçoit une tumeur arrondie, molle, élastique, rendant un son clair à la percussion, et disparaissant facilement sous la pression du doigt, en laissant alors à découvert un éraillement des fibres de la ligne blanche. Sur le côté droit de l'abdomen, depuis les dernières côtes jusqu'au bas du grand trochanter, existe aussi une contusion très-forte et qui présente une fluctuation manifeste. Les mêmes symptômes se rencontrent sur le dos à côté des vertèbres lombaires.

Depuis son entrée à l'hôpital, Vanlint a eu de temps à autre des vomissements de matière bilieuse, entremêlée d'une grande quantité de sable.

Aucune évacuation sanguine n'a eu lieu ; les urines et les selles sont naturelles.

Vanlint n'accuse aucune douleur autre que celle qui doit nécessairement résulter d'une pareille chute. Il se retourne seul sur le côté. La respiration est libre. Les réponses sont promptes et lucides. La nuit a été bonne, bien que le malade ait constamment rêvassé.

Le 31, à la visite du matin, son état est le même que la veille au soir.

De l'huile de ricin, une diète absolue, des déplétions sanguines en cas de réaction vive, de l'eau vinaigrée en fomentation, et du repos sévère sont prescrits.

Le 1er juin. Immédiatement après l'ingestion de l'huile de ricin, *Vanlint* a vomi. Dans la soirée, il y a eu légère céphalalgie. Pas de selles. Vanlint réclame de la nourriture. En somme, l'état général paraît satisfaisant. On continue le même traitement. A l'huile de ricin on substitue cinq grains de calomel. Toute nourriture est sévèrement défendue.

CLINIQUE DE LA MATERNITÉ. — PROFESSEUR M. VAN HUEVEL.

Application du forceps-scie.— Observation recueillie par M. H. Schoenfeld, *élève interne.*

Anne V...., agée de 39 ans, d'une bonne constitution, secondipare, délivrée, il y a 11 ans, au moyen du forceps, se présente à la Maternité de Bruxelles, le 28 mai à 3 heures du matin. Enceinte de 9 mois, elle s'est bien portée pendant toute sa grossesse. Le travail a commencé le soir précédent. Le col est ouvert comme une pièce de 5 centimes. Bientôt la poche se rompt, les eaux, très-abondantes, s'écoulent, et l'on constate une première position du sommet, avec présentation de la main gauche et procidence du cordon ombilical. On essaie vainement de repousser ce dernier. Par le doigt on arrive à la saillie sacro-vertébrale.

Sous l'influence des contractions utérines, la tête, enveloppée du segment inférieur de la matrice, s'engage dans le détroit supérieur, et la main est poussée jusqu'à la vulve.

A l'arrivée du chef de service, le col n'était pas tout à fait dilaté; il offrait encore de la tension et de la résistance à l'introduction des doigts; le cordon, serré entre la tête et le bras, avait cessé de battre. On jugea convenable d'attendre l'ouverture de l'orifice utérin et les progrès ultérieurs du travail.

Dans l'après-dîner, malgré l'intensité des douleurs et la dilatation complète du col, le sommet avait peu avancé dans le bassin. — Application du forceps de Dubois. — Des tractions fortes, et répétées par 3 fois différentes, restent sans résultats : l'instrument est retiré. — On cherche, pour désobstruer le passage, de désarticuler le bras dans l'épaule, sans y parvenir. Enfin, on a recours au forceps-scie qui est introduit aussi facilement que le forceps ordinaire. La section de la tête se fait promptement et sans douleurs. De légères tractions amènent la calotte du crâne avec une partie de cerveau. Une tenette à dents de loup est appliquée derrière le pubis sur le 2e segment de la tête. Alors l'opérateur va garantir, de la main gauche, la paroi postérieure du vagin contre les rebords des os coupés, pendant que de la main droite il entraîne la tête au-dehors. Le corps, très volumineux, est extrait ensuite. On remarque la netteté de la section osseuse ; celle-ci ne comprend que la voûte du crâne, à cause du peu de courbure du forceps-scie. La femme ignorait si complétement ce qui s'était passé, qu'elle nous demanda si son enfant pouvait vivre.

Après la délivrance, faite immédiatement, on mit la femme dans un bain tiède pendant une heure, en injectant continuellement de l'eau dans le vagin et l'utérus. Placée ensuite dans son lit, elle dormit toute la nuit.

Le lendemain matin (29 mai), pouls calme, point de douleur au ventre, ni de chaleur à la peau ; la langue est un peu sèche. — *Diète, boissons émollientes, potion gommeuse.*

Le soir, pouls fort et fréquent, peau chaude, ventre légèrement

douloureux. La malade a eu quelques frissons dans l'après-dîner, symptôme de métrite que M. Vanhuevel attribue surtout aux tractions faites avec le forceps de Dubois.—*Saignée du bras de* ℥x, *cataplasmes sur le ventre, injections tièdes dans le vagin.*

30 mai, au matin. — Amendement des symptômes inflammatoires de la veille; cependant le bas-ventre est encore sensible.— *Bain tiède d'une heure, injections, cataplasmes, diète.*

Le soir, le bas-ventre reste douloureux. — *Application de* 20 *sangsues sur l'hypogastre, suivie d'un cataplasme de farine de lin.*

Le 31 — La langue, le pouls, la peau, sont à l'état normal; sensibilité du ventre à peu près nulle ; intestins ballonnés.—Une cuillerée d'huile de ricin provoque plusieurs selles.

Le 1er juin.— La malade se plaint de faim. — *Soupe au lait.* Vers le soir un peu de tension vers les seins ; accélération du pouls. — *Diète.*

Le 2 — Convalescence franche.

Dans un numéro suivant nous indiquerons si, par la suite, la femme a offert quelque nouveau phénomène.

EFFET DU CHLOROFORME CHEZ UN ALIÉNÉ.

Nous avons en traitement un malade, chez lequel un refus obstiné de manger avait résisté depuis quatre jours à tous les moyens de persuasion et de contrainte morale possibles. Force nous fut d'employer des instruments pour le nourrir malgré lui. Nous nous disposions à introduire l'instrument inventé *ad hoc* par notre honorable confrère, M. *Bougard*, mais il nous fut complétement impossible d'écarter les *mâchoires.* Restait l'*électricité,* recommandée en pareille circonstance par plusieurs aliénistes. Nous nous préparions déjà à y avoir recours, lorsque l'idée nous vint de soumettre le malade à l'action du *chloroforme.* Non-seulement nous nous flattions d'annihiler simultanément et la volonté et l'action musculaire, mais nous espérions profiter du moment de *non-conscience des actes*, espèce d'ivresse, qui succède à l'action anesthésique du chloroforme, pour faire ingérer quelques aliments. Cette idée nous souriait d'autant plus, que, de même que chez plusieurs confrères, nous avons fréquemment eu l'occasion de remarquer chez l'aliéné qui refuse de la nourriture, que, si l'on parvient à vaincre une fois sa résistance, il continue à en prendre, comme si c'était le cas de dire que l'appétit vient en mangeant. Il est encore d'autres causes qui peuvent expliquer cette circonstance, mais nous ne nous y arrêterons pas.

Nos espérances ne se réalisèrent pas. Le malade subit l'influence du chloroforme ; il nous fut aisé de remarquer l'annihilation de la sensibilité et de l'action musculaire, mais les mâchoires restèrent contractées, sans que nous pussions les ouvrir ; tous nos efforts furent vains. Cependant le corps ressemblait à une masse inerte ; les yeux étaient tournés derrière les orbites ; les membres pendants : en un mot, le malade était dans un état ressemblant à une absence complète de vie et surtout de volonté.

Une heure après, et au moment où nous nous mettions en mesure d'introduire l'instrument en employant l'électricité, il consentit à prendre la nourriture que nous lui présentions.

HOPITAL CIVIL DE LIÉGE. — M. DE LAVACHERIE.

DE LA GANGRÈNE DE LA VERGE.

Gangrène de tout le fourreau de la verge. Intégrité du gland, des corps caverneux et du canal de l'urèthre. Opération d'autoplastie consécutive à la chute des eschares. Guérison.

OBS. I. — Rosa (Henri), agé de quarante-six ans, lymphatique, corroyeur, né et domicilié à Liége, est admis à l'hôpital le 8 décembre 1846. La verge, tuméfiée comme chez certains hydropiques, offre une teinte tirant sur la couleur noire-violacée-ardoise. La température y est abaissée, au point que le toucher fait percevoir un froid sensible. Il ne peut y avoir de doute sur le diagnostic de l'affection, mais il est difficile d'établir la profondeur à laquelle s'étend la mortification de l'organe. Des renseignements recueillis, il résulte que, dix jours avant son entrée à l'hôpital, le malade éprouva de violents frissons, qui furent les prodromes d'une inflammation, caractérisée surtout par un sentiment de constriction aux parties génitales.

La première indication qui s'offrait était d'arrêter les progrès du mal dans la profondeur; à cet effet, une incision de toute la longueur du pénis, intéressant l'épaisseur des téguments, est pratiquée à la face dorsale. Des lambeaux de tissu cellulaire sont excisés et permettent de découvrir les corps caverneux, qui semblent intacts. Dans le but de favoriser l'élimination des parties mortes, des plumasseaux enduits d'un digestif sont appliqués dans l'intervalle des lèvres de la division; des compresses, fréquemment imbibées de vin aromatique tiède, servent à envelopper le membre.

Deux jours après, des lambeaux de peau détachés sont enlevés; le 15, l'état général du malade, qui avait subi l'influence fâcheuse de cette affection, est sensiblement amélioré; la langue, qui était sèche, est devenue humide, la peau est plus chaude; l'appétit, nul jusqu'alors, s'est réveillé; trois jours plus tard, la verge est complétement dépourvue de son fourreau. L'aspect qu'offrait cet organe était si étrange, qu'il serait difficile d'en donner une idée autrement qu'à l'aide d'un dessin. Néanmoins, nous hasarderons de dépeindre l'état du pénis privé de son enveloppe, afin

de faire comprendre à nos lecteurs qu'une opération de chirurgie plastique devenait indispensable pour réparer la perte de substance. Depuis la racine de la verge jusqu'à la couronne du gland, c'est-à-dire dans l'étendue d'environ sept centimètres, les corps caverneux et le canal de l'urèthre étaient à découvert ; autour du gland restait un bourrelet appartenant au prépuce. Ce restant de tégument, qui avait échappé à la mortification, servit heureusement à une restauration qui fut pratiquée le 19 décembre de la manière suivante : deux lambeaux de la peau du scrotum, ramenés sur la face dorsale de la verge, sont réunis à cet endroit par des sutures à points séparés, puis mis en contact par leurs bords antérieurs avec les portions correspondantes du bourrelet prépucial préalablement avivé.

Le lendemain, on remarque qu'il se fait à la face dorsale de la verge, près de la symphyse du pubis, un suintement de liquide, que l'on reconnaît être de l'urine et dont la cause du cours anormal sera indiquée plus loin. Pour obvier aux inconvénients qui pourraient résulter du passage des urines au-dessous de l'endroit où la restauration du fourreau de la verge venait d'être opérée, il est journellement introduit dans la vessie une sonde de gomme élastique. Cette précaution, bien qu'elle ait été d'une grande utilité, n'a pas suffi, car plusieurs points de suture du côté gauche au pourtour du prépuce se sont rompus avant que l'adhésion se fût effectuée. A partir du 27, une sonde de gomme élastique, qui jusqu'alors provoquait de trop vives douleurs pour pouvoir être conservée quelque temps, fut maintenue sans interruption jusqu'à ce que l'obstacle au passage des urines fût surmonté.

Le 20 janvier 1847, l'agglutination de toutes les parties mises en contact avec le lambeau du prépuce était opérée au moyen de bandelettes d'emplâtre agglutinatif, qui ont constitué les seules pièces d'appareil depuis la rupture des points de suture. Le 23 janvier, Rosa quitte l'hôpital ne conservant plus qu'une petite plaie vers la région pubienne, qui était complétement cicatrisée à la fin du mois. Les seules traces des graves désordres qui viennent d'être relatés sont des cicatrices au nouveau fourreau, dont le manque d'élasticité empêche le membre viril de se développer dans le sens de la longueur.

Quelle pouvait être la cause de cette gangrène, que la marche rapide et insidieuse de l'inflammation n'avait pas permis de découvrir dans les premiers temps ? Des chancres peuvent provoquer des accidents inflammatoires, capables de produire une pareille terminaison ; mais la marche de l'affection alors est lente, progressive, et limitée à une partie seulement de l'organe. Le froid intense

serait capable de donner lieu à des désordres de cette nature; mais les circonstances propres à amener ces résultats provoqueraient avant tout des lésions semblables sur des parties du corps moins bien garanties, et à plus forte raison sur celles qui ne le sont pas du tout, le nez, les oreilles, par exemple. La profession de Rosa était propre à l'exposer à la gangrène de certaines parties du corps. Pour travailler les peaux d'animaux, il est obligé d'appuyer le bas du ventre contre le bord de la table sur laquelle ces peaux sont étendues; le couteau à deux mains, à l'aide duquel il enlève les poils et le tissu cellulaire, agit de manière à ramener tout le détritus vers lui. Serait-ce chose impossible que, parmi les peaux travaillées par cet homme, il s'en soit trouvé une ou plusieurs appartenant à des animaux atteints du typhus charbonneux? S'il en était ainsi, on concevrait que les vêtements de la partie antérieure du corps, imprégnés de liquides contenant des matières toxiques, aient été en contact avec la verge et occasionné une pustule maligne qui aurait frappé toute son enveloppe tégumentaire. Cette explication, qui semblait la plus rationnelle, fut en effet adoptée, jusqu'à ce que de nouveaux renseignements eussent finalement donné la solution de cette importante question. Un jour que Rosa fut interrogé sur toutes les maladies antérieures dont il avait été atteint, il rapporta que quatorze ans auparavant il s'était fait une contusion à la verge en portant un bloc de marbre; les conséquences de cette lésion furent une difficulté dans l'émission des urines qui étaient rendues par un jet très-étroit. A partir de ce moment, le canal de l'urèthre s'est rétréci et probablement au point de provoquer une perforation au pénis, ce qui explique la fistule qui livrait passage aux urines après la chute des eschares. Ce qui semble démontré également, c'est que la gangrène est la conséquence de cette perforation, qui a permis l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire du fourreau de la verge.

Sphacèle d'une partie de la verge. Reconstitution du gland. Guérison.

Obs. II. — Wauters (Auguste), âgé de trente-deux ans, sanguin, d'Osteinreicht, terrassier, travaillant à Herstal au canal de Maestricht, est apporté le 31 décembre 1847 à l'hôpital de Bavière, et placé dans le service de la clinique interne comme étant atteint d'une fièvre typhoïde. L'examen auquel il fut soumis n'ayant fait constater que des signes négatifs de cette affection, on s'enquit de la cause de l'état de prostration dans lequel il se trouvait. L'inspection des extrémités inférieures conduisit à la découverte de la source de ces phénomènes généraux. La verge, dans la

moitié antérieure de sa portion pénienne, était frappée de sphacèle. Une ligne de démarcation, séparant les parties vives des parties mortes, limitait en arrière une vaste ulcération, au fond de laquelle on apercevait les corps caverneux. L'inflammation qui était l'origine de ces désordres graves avait parcouru toutes ses périodes; car l'élimination des parties mortifiées était à la veille de s'opérer. L'état d'hébétude dans lequel se trouvait cet homme ne permit de recueillir aucun renseignement, ni sur la cause de la maladie, ni sur le traitement auquel elle aurait été soumise. Voici les phénomènes généraux qui se sont offerts à son arrivée dans le service de la clinique chirurgicale. La peau est chaude, colorée; le pouls est fréquent, vif, dépressible; la langue est fuligineuse; l'appétit est nul; la prostration est extrême. Un concours de pareils symptômes était bien propre à faire croire à une fièvre grave, surtout de la part des personnes étrangères à l'art qui transportèrent cet homme à l'hôpital. On entoure les parties génitales d'un vaste cataplasme émollient; pour prescription générale on se borne à des boissons délayantes.

Le 1er janvier 1848, on constate l'état local qui a été décrit ci-dessus. La ligne de démarcation est plus prononcée que la veille; le gland et le corps de la verge dans l'étendue de 0,015 en arrière de la couronne, le prépuce et la portion du fourreau qui recouvre ces parties constituent une masse informe, inégale, d'un noir charbonné, qui n'offre pas la moindre trace des tissus primitifs. Interrogé comme la veille, ce malade est incapable de faire découvrir la cause de l'inflammation qui a fait d'aussi effrayants ravages; tout ce qu'il a été possible de savoir, c'est que l'invasion de la maladie, c'est-à-dire de l'état fébrile, remontait à trois semaines. On verra plus loin comment de conjecture en conjecture, on est arrivé à élucider ce point obscur d'étiologie.

La première indication qui s'offrit était de hâter la chute des parties sphacélées, dont le contact avec les parties vives devait avoir pour résultat une intoxication qui s'opposait à l'amélioration de l'état général et qui devait même l'aggraver. Des cataplasmes aromatiques continués pendant deux jours suffirent pour provoquer l'élimination complète des tissus gangrenés. La chute de la masse sphacélée s'était opérée dans la nuit, et déjà, le lendemain 3 janvier, l'état général a offert des caractères si satisfaisants que tout danger était dissipé. Voici quel est l'aspect des parties : les corps caverneux présentent une surface rugueuse inégale, constituée par des bourgeons saignants; le fourreau de la verge, rétracté dans l'étendue de plus d'un centimètre, présente une aréole rouge très-prononcée; l'ouverture du canal de l'urèthre, comme l'extré-

mité des corps caverneux, est garnie de bourgeons saignants. Comme il vient d'être dit, la plupart des symptômes dus à la présence des parties mortifiées disparurent en peu de jours, sans qu'il fallût recourir à une médication interne. On se borna donc à des soins locaux, qui consistèrent à ramener le fourreau de la verge jusqu'à 0,015, de l'extrémité restante de cet organe, où il contracta des adhérences en simulant le tracé d'une nouvelle couronne du gland. Les bourgeons dont les corps caverneux se revêtirent furent abandonnés pendant quelque temps à leur libre développement, jusqu'à ce qu'ils eussent transformé la partie des caverneux, restée à découvert, en une sorte de tête ressemblant à un gland naturel. Ces bourgeons, réprimés en temps opportun par de fréquentes cautérisations avec le nitrate d'argent, ont fini par se réunir si intimement et présenté une surface arrondie si uniforme, que quiconque n'a pas vu la verge dans le flagrant du mal ne pourrait croire qu'elle a été privée de son gland. La reconstitution d'un méat a fait l'objet de soins tout particuliers : une sonde de gomme élastique, servant à la fois à s'opposer à l'atrésie de l'ouverture du canal, permit, en outre, d'ajuster d'une manière convenable les appareils nécessaires pour fixer le nouveau prépuce au point où il importait qu'il contractât des adhérences, et pour hâter la cicatrisation du vaste ulcère résultant de la perte de substance, que l'on peut évaluer à la moitié de l'organe viril. Les moyens qui ont servi à remplir ces indications sont : la compression à l'aide de bandes imbibées de vin aromatique; puis des pansements à sec, toujours en exerçant une compression modérée d'arrière en avant; enfin les cautérisations avec le nitrate d'argent. Tel est aujourd'hui l'état du pénis, que l'on dirait que le sujet a subi une circoncision un peu trop prolongée en arrière du prépuce. Enfin, il n'offre d'anormal que sa brièveté.

Ici encore, et plus peut-être que chez le malade de la première observation, grand fut l'embarras pour assigner une cause rationnelle à une inflammation, dont la marche destructive avait été si déplorable. La première idée qui dut venir lorsqu'on constata ces graves désordres, c'est que probablement ils avaient été provoqués par la congélation; en effet, au 31 décembre, le froid, comme on sait, était très-intense, surtout dans une vaste plaine bordée par la partie la plus large de la Meuse. C'était là que, vêtu d'une culotte de toile et d'une chemise en haillons, et mal nourri, Wauters travaillait à des travaux de terrassement, les pieds reposant souvent sur des glaçons et le tronc exposé à un vent glacial. Quelque probabilité qu'il y eût que l'inflammation fût due au froid, il restait des doutes sérieux pour admettre cette

unique cause ; car d'autres parties du corps, douées de moins de vitalité et nullement garanties contre l'intempérie de la saison rigoureuse, n'offraient pas la moindre trace de gelures. Sans rejeter absolument l'intervention de cette cause, il fallut rationnellement arriver à la découverte d'une autre capable de constituer une prédisposition à la congélation. Lorsque l'amélioration de l'état général eut rétabli les facultés intellectuelles de cet homme, il fut permis d'obtenir des renseignements que lui seul était capable de fournir. Après des interrogations réitérées, on apprit que, plusieurs semaines avant l'invasion de la fièvre qui motiva son transfert à l'hôpital, il avait contracté des chancres qui existaient autour de la couronne du gland. L'examen de la portion sphacélée qui s'est détachée en entier, de manière à pouvoir être conservée dans de l'esprit-de-vin, démontre aujourd'hui encore que le gland recouvert par le prépuce devait être fortement comprimé, car on aperçoit toujours les traces d'un phimosis. Serait-il impossible qu'une inflammation communiquée à la verge par les chancres, accrue par la compression concentrique des téguments, ait acquis, sous l'influence du froid, ce degré d'intensité qui expliquerait le sphacèle de cette portion du membre viril, qui était le siége des causes capables de produire une semblable terminaison.

(*Bulletin des Cliniques.*)

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1847-1848. — N° 5.

SÉANCE DU 1er AVRIL 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Rapport de la Commission chargée d'examiner la question relative aux indications prophylactiques à suivre contre le choléra-morbus asiatique. — M. RAIKEM, rapporteur.

« Messieurs,

« Par lettre du 30 octobre dernier, M. le ministre de l'intérieur a demandé à l'Académie de lui communiquer les indications qu'elle jugera utiles en vue de prémunir le pays contre l'invasion du choléra-morbus, et d'affaiblir l'action de l'épidémie, si elle venait à se manifester.

« Dans la séance du 27 novembre suivant, vous nous avez confié le soin de préparer un travail sur cette question. C'est ce travail que nous venons soumettre à votre appréciation.

« S'il est une vérité qui doive nous animer et nous faire redoubler de zèle et de courage dans l'accomplissement de la mission humanitaire qui nous est dévolue, c'est que les ravages du choléra épidémique ont été moins funestes partout où un bon régime de secours a été institué par les modérateurs des peuples et par la bienfaisance publique. Les esprits ont été rassurés, les souf-

frances des malades ont été adoucies, les consolations ont abondé à défaut de remèdes, les convalescents se sont plus facilement rétablis.

« Grâce aux mesures prophylactiques que les autorités compétentes s'empressèrent de prendre, en 1832, lors de l'invasion du choléra; grâce à l'heureux concours qui, pendant cette année calamiteuse, régna entre le Gouvernement, les magistrats et les médecins, le fléau, qui s'était montré dans plusieurs localités de nos provinces, fut promptement combattu et réprimé, en sorte que ses effets furent moins désastreux que dans d'autres contrées; résultat qui confirme l'influence favorable de la salubrité et de l'hygiène publiques en cas d'épidémie cholérique (1). Aussi pensons-nous, messieurs, que pour préserver le pays, et pour s'opposer autant que possible aux ravages du choléra, nous n'avons rien de mieux à faire que d'invoquer et de retracer les moyens, dont l'expérience a sanctionné la bonté dans les diverses contrées de l'Europe où il s'est montré dans ces derniers temps.

« Les mesures générales d'hygiène publique qui concernent le Gouvernement et l'administration doivent avoir pour but :

« 1° D'améliorer les conditions sanitaires des choses, des localités, des habitations et des individus, de manière à éloigner, à faire disparaître ou du moins à atténuer les causes qui concourent à faire développer la maladie, ou prédisposent à la contracter;

« 2° De tout disposer d'avance pour le service médical, dans le cas où l'épidémie viendrait à se manifester.

§ I. — *Améliorer les conditions sanitaires*

« D'après l'étude que nous avons faite du choléra asiatique dans toutes les parties du globe qu'il a ravagées depuis 1817, nous sommes d'avis qu'il ne faut pas compter sur des cordons sanitaires, sur des lazarets et sur des quarantaines pour le conjurer ou pour s'en mettre à l'abri. Quand, sur le continent, l'épidémie a envahi une contrée voisine, quelque exactitude que l'on mette à faire exécuter les règlements sanitaires, elle se joue évidemment de ces barrières; il semble même que, par les entraves qu'elles apportent aux libres communications commerciales, elles entraînent un état de gêne, de souffrance, de privations plus ou moins grand; et ensuite, par l'effroi qu'elles répandent dans les popu-

(1) « Les moyens curatifs qu'on oppose à son invasion pour tâcher d'en suspendre l'action meurtrière, sont en très-grand nombre; mais ils sont empiriques, incertains et le plus souvent inefficaces. Au contraire, on obtient constamment les succès les plus heureux des précautions sanitaires qui en préviennent l'irruption ou en empêchent les progrès. »

(Moreau de Jonnès; *Relation sur le choléra-morbus.*)

lations, elles sont non-seulement inefficaces pour arrêter la marche de la maladie, mais même inutiles et encore dangereuses, attendu qu'elles sont plutôt propres à en exaspérer la violence, à en faciliter l'extension, qu'à en diminuer l'intensité et à en restreindre la diffusion.

Au surplus, l'épreuve en a été faite sur une grande échelle. Plusieurs gouvernements ont employé, dans l'exécution de ces mesures préventives, leurs armées et leurs trésors, sans aucun résultat avantageux. Ainsi, Berlin n'a point été préservé, quoiqu'un triple cordon sanitaire défendît la ville des approches du fléau; on regrette aujourd'hui d'avoir *inutilement* dépensé, de 1831 à 1832, environ deux millions de thalers. Partout où les partisans de l'isolement et de la séquestration ont voulu se montrer conséquents et porter jusqu'au bout les mesures de précaution, la mortalité cholérique s'est accrue au point qu'il a fallu, tôt ou tard, revenir au système opposé et rétablir les communications; c'est ce qui a eu lieu dans la Prusse, en particulier.

« La Commission sanitaire nommée à Paris, en juillet 1831, par le Conseil général des hospices, et composée de MM. Ant. Portal, Ant. Dubois, Lisfranc, Chomel, Cruveilhier, Parent-Duchâtelet et Guéneau de Mussy, avait d'abord proposé la séquestration des hôpitaux temporaires destinés à recevoir les cholériques, et de placer, à toutes les maisons où il y aurait de ces malades, un signe particulier qui serait maintenu huit jours encore après la cessation de l'épidémie; mais l'administration ne crut pas devoir adopter ces mesures de séquestration et d'isolement. Nous avons été informés que, dans le courant de l'année 1847, la Russie, la Prusse, la France, le Danemark, etc., ne jugeaient pas à propos de recourir à des cordons sanitaires, à des lazarets ou à d'autres mesures préventives pour arrêter la marche progressive du choléra, quand il s'avance par l'intérieur du continent. Nous pensons aussi que le Gouvernement belge ne doit établir ni cordons sanitaires, ni quarantaines, ni lazarets sur ses frontières continentales, pour empêcher le choléra de s'introduire dans l'intérieur du royaume, ces moyens offrant plus d'inconvients que d'avantages.

« Mais s'il se présentait, dans l'un de nos ports, des navires, à bord desquels le choléra asiatique se serait développé ou aurait fait des victimes, on ne devrait pas les admettre, selon nous, à la libre pratique; il faudrait, pour prévenir l'importation de la maladie, à l'exemple de ce qui se pratique actuellement dans plusieurs états maritimes de l'Europe, les soumettre au régime de *la patente suspecte*, conformément à la loi sanitaire du 17 août 1831,

et leur faire subir une quarantaine, dont la durée ne pourrait pas être moindre de douze jours.

« A l'approche de l'épidémie, des préservatifs d'un autre genre sont d'une nécessité indispensable.

« Presque toute la prophylaxie du choléra consiste dans l'application, bien entendue et plus rigoureuse que de coutume, des règles ordinaires d'hygiène publique, pour éloigner les causes nuisibles, susceptibles d'engendrer souvent les maladies populaires, lesquelles sont toutes plus meurtrières là où la misère est plus grande, l'espace plus étroit, l'air plus corrompu, la propreté moins recherchée, les aliments moins nourrissants, les vêtements moins bons, l'ignorance plus profonde, la tempérance moins observée, les habitudes et les mœurs plus mauvaises et le charlatanisme plus toléré. La salubrité et l'assainissement des villes et des campagnes, l'amélioration du sort des pauvres et leur éducation, sont les buts que l'humanité et la philanthropie doivent poursuivre dans cette occasion comme dans toute autre.

« Que les magistrats fassent tous leurs efforts pour écarter ce qui pourrait favoriser le développement du fléau.

« La propreté dans toutes les localités habitées, dans les demeures, sur la personne et dans les vêtements, est une des règles les plus certaines de l'hygiène pour entretenir la santé et prévenir les maladies. D'un autre côté, la malpropreté est une des principales causes des épidémies. Or, comme il est plus facile, par de bons règlements sanitaires, d'empêcher celles-ci de prendre naissance que de les guérir (1), quand elles existent, il en résulte que tout gouvernement éclairé (2) doit s'empresser d'ordonner les mesures les plus propres pour s'opposer à leur évolution.

« Dans l'imminence du choléra, que les villes, et les villages, les rues, les ruelles, les carrefours, les places publiques, les marchés, etc., soient souvent balayés, non-seulement pendant le jour, mais même pendant la nuit; qu'on n'y laisse jamais séjourner des boues, des immondices, des ordures, du fumier, des excréments, des matières animales et végétales en putréfaction; que le passage en soit bien entretenu; que l'on favorise l'écoulement des eaux répandues à la surface du sol; que nulle part on ne laisse des mares fangeuses et croupissantes auprès des maisons; que l'on recommande de faire curer, pendant l'hiver ou au commencement du printemps, les égouts, les ruisseaux, les fossés, les ca-

(1) Spem exiguam in hoc morbo esse docent tam numerosa remedia quæ laudantur, quam numerosiora etiam funera. (J. A. Meyer ; *De cholera asiatica.* Berolini, 1838.)

(2 Moderatori rei publicæ beata civium vita proposita est. (Cic. *De Rep.*)

veaux, les étangs, les fosses à fumier, les rutoirs, etc. Que l'on prescrive de disposer le périmètre des étangs, des marais, et même des rivières dont le lit bourbeux est habituellement en partie découvert pendant les ardeurs de l'été, de manière que les eaux soient constamment élevées et tiennent submergés les bords ordinairement peu inclinés, à moins que les circonstances n'aient permis, avant l'apparition de l'épidémie, de s'occuper de leur assainissement. A Bruxelles, en 1832, on n'eut qu'à s'applaudir de dispositions de ce genre prises à l'égard de la Senne. Que si néanmoins la maladie venait à se montrer sur un point de notre territoire, la prudence exigerait que le curage des égouts et le desséchement des eaux stagnantes fussent différés ou interdits, du moment qu'il n'y aurait pas nécessité absolue. Cette mesure paraît d'autant plus importante qu'on vit, en 1832, le choléra surgir à Courtrai, fort peu de temps après qu'on eut nettoyé les fossés de la ville, et que les premières personnes qui en furent attaquées demeuraient toutes dans les rues voisines des endroits où l'on avait laissé séjourner, pendant quelques jours, la vase provenant des fossés. En semblable cas, il conviendrait encore d'inviter les autorités locales à s'opposer à la pêche dans les lacs et les étangs, lorsque celle-ci ne peut avoir lieu sans donner écoulement aux eaux et sans mettre à nu la vase putrescible de leur fond.

« Qu'on procède à l'inspection des puits, des citernes, des fontaines, des pompes, des abreuvoirs, etc., et qu'on pourvoie à leur entretien, à leur nettoiement.

« Que les latrines publiques et privées soient visitées et vidées, s'il en est besoin ; qu'on fasse clôturer celles dont l'insalubrité est irrémédiable à défaut d'écoulement fixe ou d'autre moyen propre à en garantir l'innocuité.

« Les édifices publics destinés à recevoir une population agglomérée, comme les théâtres, les tribunaux, les prisons, les casernes, les hôpitaux, les églises, les Universités, les colléges et autres maisons d'éducation, ainsi que les ateliers et les manufactures, surtout celles qui sont réputées insalubres et susceptibles de compromettre la santé publique par leur mauvaise tenue, par les matières organiques qu'on y emploie et par les vapeurs malfaisantes qu'elles répandent, doivent être, de la part de l'autorité, l'objet d'une surveillance spéciale incessante, dans la vue d'y entretenir la salubrité, avec l'attention de porter le moindre préjudice possible aux intérêts des particuliers. Il est aussi nécessaire de prendre les mêmes précautions à l'égard des abattoirs, des boucheries, des cimetières, des chantiers d'équarrissage, des magasins, des boutiques, des caves, des greniers, des étables, des écuries,

des maisons occupées par des familles pauvres, par des chiffonniers, par des boyaudiers, par des marchands de chevaux ou de bestiaux, par des personnes qui élèvent des porcs, des lapins, des poules, etc., etc., lieux où l'air est toujours plus ou moins impur et souvent renouvelé d'une manière incomplète.

« Quoiqu'on ait employé les chlorures, sous toutes les formes, en divers pays ravagés par le choléra, sans succès bien avérés, nous ne pouvons mettre en doute leur propriété désinfectante, et nous nous rangeons à l'avis de l'Académie royale de médecine de Paris qui, en 1831, avait conseillé d'en répandre souvent dans les lieux d'aisance, dans les cabinets de garde-robe, dans les plombs, dans les éviers, dans les conduits des eaux ménagères, dans les endroits où se trouvent habituellement de nombreux rassemblements, dans les boucheries, dans les marchés aux poissons, dans les chambres mortuaires, dans les cimetières, etc., partout, en un mot, où peuvent se former des émanations malfaisantes. Dans les autres circonstances, ni le raisonnement, ni l'expérience n'en sauraient justifier l'usage ; et en effet, le meilleur moyen, le remède principal à opposer à l'action délétère des miasmes infectants, à l'approche ou pendant le règne d'une épidémie, a toujours été et sera toujours, suivant nous, le large accès d'un air pur et sa rénovation.

« Il faut veiller avec le plus grand soin à ce que les habitations des gens pauvres, des prolétaires, des classes laborieuses, soient bien tenues et assainies; on cherchera surtout à prévenir ou à faire cesser l'encombrement, qui pourrait devenir une source féconde de maladies et de mortalité. C'est à la loi de protéger et de secourir les malheureux, contre lesquels le choléra sévit de préférence; elle leur doit bien plus de sollicitude qu'aux riches, qui savent ordinairement prévoir tout ce qui leur convient, dans l'intérêt de leur propre conservation. Un ouvrier est en général apathique, fort ignorant, et quelquefois frondeur en matière sanitaire ; il faut qu'une sage administration soit prévoyante pour lui, et même malgré lui. Quand l'opinion d'une autorité compétente a déclaré malsaine l'habitation d'un quartier, il faudrait que le bourgmestre et son conseil, aidés par la loi, entreprissent la régénération sanitaire de ce cloaque, en ouvrant de larges rues et en condamnant les masures infectes à la démolition immédiate. De sages ordonnances de police prononcent la destruction des aliments qu'on apporte avariés dans les marchés; mais une maison qui n'a ni ventilation, ni lumière, et dont l'atmosphère est délétère, expose aussi à l'empoisonnement. On prend beaucoup de souci de la manière dont sont logés les animaux dans les jardins zoolo-

giques; leurs cages sont soumises à un règlement sanitaire bien observé; ils reçoivent fréquemment la visite d'hommes éclairés, qui veillent à ce qu'ils soient bien nourris et tenus. Les classes pauvres ne jouisssent pas de tant de faveur, et on ne voit pas, disent MM. Monfalcon et de Polinière, les hauts fonctionnaires visiter en détail les quartiers d'ouvriers. En général, les circonstances, qui favorisent la propagation du choléra, semblent être d'autant moins dangereuses que la population est moins nombreuse et plus dispersée.

« A Paris, comme dans les autres grandes villes qui ont été envahies par le choléra asiatique, là où une population pauvre, misérable, s'est trouvée trop condensée dans des logements sales, étroits, là aussi l'épidémie a multiplié ses victimes. Dans les petites rues de cette capitale, où les habitants se trouvaienl entassés dans des maisons hautes, sans cour, peu ou point accessibles à l'air et à la lumière, on a compté jusqu'à 45 décès sur 1,000 habitants, ce qui était le double de la moyenne. Des faits très-nombreux observés en ville ou dans les bureaux de secours, ceux recueillis à la Salpétrière, sur une population de 3,289 indigentes et de 1,200 aliénées, ont prouvé jusqu'à l'évidence à M. le professeur Piorry : 1° que les malades gravement atteintes habitaient les dortoirs les plus encombrés, particulièrement les lits situés dans les lieux les plus mal aérés et placés dans les coins des salles ; 2° que chaque fois que l'on pratiquait la rénovation de l'air, tantôt dans une partie isolée du service, tantôt dans sa totalité, le lendemain aucune nouvelle malade n'était frappée du choléra grave; 3° que cette épreuve, renouvelée dans quatre parties de l'établissement, à des périodes diverses de l'épidémie, eut partout les mêmes résultats; 4° que l'invasion de l'épidémie eut lieu le même jour aux indigentes et aux aliénées; 5° que, tant qu'on ne ventila pas, la mortalité fut comparativement égale des deux côtés, en proportion de la population; 6° qu'à dater du jour, où du côté des indigentes, au nombre de 3,289, on renouvela l'air dans la nuit, l'épidémie sembla s'arrêter; 7° qu'au contraire, elle s'accrut énormément chez les aliénées, côté où il fut impossible de prendre les mêmes précautions ; 8° que l'épidémie reparut chez les indigentes, quand la ventilation nocturne fut moins exactement pratiquée, mais qu'elle fut toujours beaucoup moins intense chez elles que chez les aliénées; 9° que l'épidémie arriva à son plus haut point de mortalité le même jour ; mais que du côté ventilé, bien qu'imparfaitement, il y eut seulement sept morts sur 3,289, tandis que chez les aliénées non ventilées, il y eut seize décès sur 1,200 femmes; 10° que l'épidémie décrut le même jour des deux côtés,

mais avec des différentes proportionnelles ; 11° que la mortalité fut très-grande aux loges, c'est-à-dire dans des cellules où les aliénées étaient isolées, mais dont l'habitation était très-petite ; 12° qu'en ville, les alcoves, les logements étroits, ceux où l'air n'était pas renouvelé, étaient précisément ceux où l'on observait les cholériques graves, et qu'il y avait une relation presque constante entre la gravité des symptômes et l'exiguïté des habitations. « Qui ne sait, disait, en 1833, le docteur Van Esschen, dans son Mémoire couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, qui ne sait avec quelle effrayante rapidité le choléra-morbus a dépeuplé ces vastes locaux, où stagne un air épais, chargé de miasmes délétères de toute nature, et où vingt ménages entassés pêle-mêle, avec des animaux domestiques, croupissent ensemble dans la fange et dans l'ordure? Je pourrais faire voir, au besoin, que les bâtiments, dont l'insalubrité avait surtout attiré l'attention des Commissions chargées des mesures préventives, ont été, en dépit de leurs soins, les premiers envahis et rasés par le fléau. »

« Dans tous les endroits où une population misérable s'est trouvée encombrée dans des logements sales, à Paris, à Manchester et ailleurs, l'épidémie a multiplié ses victimes. Ce qui s'est passé à Breslau, ville de quatre-vingt-dix mille âmes, ajoute une nouvelle preuve à cette opinion : lorsque la maladie parut, on se hâta de distribuer aux classes pauvres des vêtements, du bois, de bons aliments, d'assainir leurs habitations, de diviser les familles trop nombreuses entassées dans des chambres étroites, et l'on parvint, à l'aide de ces moyens, sinon à éteindre en entier, du moins à diminuer promptement les ravages de l'épidémie.

« A Vienne, on loua tous les appartements vacants dans la ville et l'on réduisit de moitié et même de deux tiers, en la disséminant dans ces appartements, la population pauvre des maisons surchargées d'habitants ; une partie de la garnison de la ville fut, en outre, mise sous des tentes, afin de diminuer l'encombrement si dangereux des casernes. Les effets de cette mesure furent si heureux, que les invasions de la maladie tombèrent subitement de deux cents à cinquante, et qu'aucun soldat de la garnison campée ne fut pris de choléra. A Paris, où l'on n'avait point pris cette précaution, les militaires ont été victimes du fléau, soit dans la ville, soit dans le reste du département de la Seine, dans la proportion de 23,66 sur 1,000 ; proportion qui surpasse celle de la population civile.

« On ne peut donc douter que l'une des mesures les plus utiles à employer dans le cas où le fléau se présenterait de nouveau en

Belgique, serait de disperser ou de disséminer la partie de la population qui se trouve entassée dans de mauvaises habitations, en lui procurant, au besoin, des logements sains.

« Pendant que le choléra régnait à Paris, deux compagnies de sapeurs-pompiers, au lieu d'une seule, formant ensemble trois cents hommes, se trouvaient réunies à la caserne, rue du Vieux Colombier, dans des chambres assez vastes d'ailleurs, mais dont les fenêtres, disposées toutes d'un seul côté, ne permettaient d'imprimer aucun courant à l'air et rendaient ainsi sa circulation impossible et son renouvellement difficile. Le fléau se répandit rapidement au milieu de ces hommes entassés. Dès les premiers jours d'avril 1832, dix-sept furent atteints, et onze périrent. On s'empressa de séparer ces deux compagnies si malheureusement rapprochées ; dès ce moment, le mal arrêta sa violence dans la caserne du Vieux Colombier.

« On a remarqué que les colonies allemandes établies en Gallicie durent aux habitudes de régime et de propreté qui les distinguent de la population Slave, d'être restées intactes au milieu des villages polonais infectés.

« D'après les préceptes que nous venons de poser, messieurs, vous vous êtes sans doute aperçus que, contrairement à l'assertion de quelques observateurs modernes, nous sommes restés fidèlement attachés à la doctrine de nos anciens maîtres, qui considéraient comme insalubres et dangereuses, les émanations qui se dégagent des matières animales et végétales en décomposition.

« Dans un savant rapport, lu, le 5 décembre 1780, dans une séance publique de l'ancienne Société royale de médecine de Paris, il été prouvé incontestablement que l'air, chargé de molécules fétides et septiques, produit un grand nombre de maladies et d'épidémies cruelles. En l'an XIII, la première classe de l'Institut de France déclara hautement que les manufactures qui exhalent une odeur désagréable peuvent être nuisibles à la santé.

« Les faits invoqués à l'appui d'une opinion opposée ne prouvent rien autre chose, que l'action malfaisante des émanations putrides est plus lente au grand air et dans les agglomérations où la ventilation est bien établie, que dans les lieux clos, confinés ou rétrécis, mais qu'elle finit toujours par amener cet état de pâleur, d'étiolement et de souffrance, dû à une sorte d'intoxication observée chez les ouvriers travaillant les matières organiques. Ces faits ne détruisent pas non plus cette vérité pathogénique, savoir : qu'on peut à volonté faire naître la fièvre typhoïde ; il suffit pour cela de renfermer plusieurs individus dans un appartement trop étroit, mal aéré et mal éclairé.

« D'un autre côté, tous les auteurs qui ont écrit sur le choléra épidémique sont unanimement d'accord à cet égard. Ils réputent pour malsaines et nuisibles les exhalaisons putrides ammoniacales qui s'échappent des matières végétales et animales corrompues, et les rangent parmi les causes auxiliaires de cette maladie; de là vient que les gouvernements prennent tous à l'envi des précautions pour prémunir la santé publique de la pernicieuse influence de ces agents délétères.

« De ce qu'il est arrivé que, dans quelques lieux infectés par des émanations cadavéreuses, le choléra n'a été ni plus redoutable ni plus meurtrier que dans d'autres localités, en apparence plus salubres, il n'en résulte pas que l'expérience se soit prononcée en faveur de l'action préservative de ces effluves contre le fléau. Car s'il en était ainsi, pourquoi dans ces obscurs quartiers de Paris où la moitié de la population végète si tristement, où la saleté est si repoussante, l'air si infect, les rues si étroites, la mort est-elle si active qu'elle frappe là plus que partout ailleurs? Aux portes de cette superbe métropole, on voit encore aujourd'hui la dégoûtante voirie de Montfaucon, où tout annonce la négligence et la barbarie, dit la Commission de Paris sur le choléra. Pendant les chaleurs de l'été, l'odeur repoussante qui s'en élève infecte le boulevard du Temple, le quartier du Marais et jusqu'au jardin des Tuileries. A l'époque où l'épidémie était à son apogée, l'entreprise des pompes funèbres, à Paris, n'ayant pu suffire au service, on suppléa pendant une nuit, aux corbillards en trop petit nombre, par des fourgons d'artillerie. Le bruit des ferrailles de ces voitures, qui n'étaient pas suspendues, interrompit douloureusement le sommeil des habitants, et les fortes secousses qu'elles imprimaient aux cercueils en déclouaient les planches, en chassaient les corps, brisaient le tissu sans ressort des viscères, d'où il s'échappait un liquide infect qui se répandait dans l'intérieur des fourgons et de là sur le pavé. En même temps, il arriva que les fossoyeurs, cédant à des craintes que l'ignorance contribuait à exagérer, s'éloignèrent avec effroi des cercueils et refusèrent de travailler; cependant les corps privés de vie étaient là sur la terre; dans quelques heures la putréfaction menaçait de s'en emparer; il fallait se hâter de les inhumer, et les moyens manquaient tout à coup; et les morts du lendemain et ceux des jours suivants resteraient sans sépulture! Les cimetières n'allaient bientôt plus être qu'un horrible foyer d'infection dont personne ne voudrait plus approcher; la capitale, elle-même, dévorée par l'épidémie et la mort, qu'allait-elle devenir? L'embarras était au comble et la situation désespérante; la persévérance et la fermeté parvinrent à en triompher.

« Les membres de la Commission de Paris qui, en 1834, nous ont fourni ces tristes détails, pour qu'ils servissent probablement à l'instruction et à l'utilité de la société, terminent le chapitre si remarquable, qu'ils ont consacré à l'examen de l'influence des établissements réputés insalubres sur le choléra, par ces paroles : « Ainsi dans quelques localités, les prévisions des Commissions sanitaires ne se seraient pas réalisées, l'intensité du choléra n'aurait point été accrue par le concours des émanations généralement reconnues comme insalubres. Toutefois, cette particularité peut tenir à des circonstances spéciales à ces localités, à la nature même de l'infection, aux dispositions physiques de la population, puisque la remarque contraire résulte des faits nombreux dont le développement se trouve dans un des chapitres précédents. »

« Tous les médecins savent combien est dangereuse l'habitation dans des maisons récemment construites; des maladies très-graves et souvent incurables en sont quelquefois la suite. En 1796, les curateurs de la santé publique de la ville de Vienne, en Autriche, déclarèrent que les maisons récemment bâties ne pourraient être habitées sans une permission expresse de l'autorité compétente, délivrée après une visite faite par un médecin qui en aurait constaté la dessiccation et l'innocuité. Quatre ans après, les magistrats de Berlin, réalisant le vœu qu'avait exprimé J.-P. Frank, défendirent d'habiter, avant un an, les maisons bâties depuis peu. Puissent ces motifs et ces exemples engager les autorités belges à ne pas tolérer plus longtemps que les maisons récemment construites, ou même encore inachevées, soient habitées immédiatement, comme cela arrive tous les jours sous nos yeux au grand détriment de la santé publique !

« Quand, à la suite d'inondation, des localités se trouvent envahies par les eaux débordées, il faut non seulement que l'administration veille à la sûreté des hommes et des animaux domestiques et vienne au secours de ceux qui se trouvent en danger, mais il lui incombe aussi de prévenir et d'éloigner les conséquences préjudiciables à la santé qui pourraient survenir dans les habitations qui ont été submergées, où l'on a vu quelquefois le choléra se développer (1). Quant aux mesures préservatives contre les inondations, on peut en prendre connaissance dans les tomes de jurisprudence relatifs à la police, de l'*Encyclopédie méthodique*, dans

(1) En outre le choléra a continué de se développer plus facilement dans les pays marécageux, bas et sujets aux inondations, dans lesquels il fait plus de ravages que dans les lieux de plaine, élevés, secs et montagneux. (*Instruction à l'usage des autorités sanitaires pour préserver les frontières des états autrichiens de l'irruption du choléra-morbus épidémique.* — Vienne, 18 novembre 1830.

le grand ouvrage de J.-P. Frank sur la police médicale, et spécialement dans les instructions sur le même sujet, publiées à Milan le 22 novembre 1839, par le gouvernement Lombardo-Vénitien.

« L'un des principaux soins du gouvernement pour s'opposer à la diffusion et au progrès du choléra, s'il venait encore à faire irruption dans le royaume, doit être d'assurer les subsistances. L'histoire des grandes épidémies nous apprend que la disette est non seulement une des principales causes de leur évolution, mais encore fait plus de victimes que les maladies elles-mêmes. Il faut donc penser d'abord aux approvisionnements.

« Ensuite, faire inspecter et vérifier, par des personnes capables, l'état des matières alimentaires mises en vente dans les marchés, places, rues, boutiques, échoppes, etc. Proscrire toutes celles qui présenteraient des qualités équivoques ou mauvaises, ainsi que des traces d'altération ou de sophistication quelconques.

« Parmi les substances alimentaires, il en est qui, dans les circonstances actuelles, exigent une surveillance plus particulière, attendu qu'elles sont considérées comme susceptibles de provoquer l'explosion du choléra; tels sont les fruits non mûrs, les légumes, la chair de porc, le lard, les viandes salées, fumées ou faisandées, les poissons marinés, etc.

M. le ministre de l'intérieur, à l'époque où l'on redoutait l'invasion du choléra dans nos contrées, en 1832, a fait publier une instruction qui rappelle les principales obligations que la loi impose aux administrations communales, concernant les aliments et les boissons. Nous pensons qu'il est de notre devoir de vous exposer les dispositions qu'elle renferme; nous nous permettrons d'y ajouter quelques mots.

Des aliments. — « Parmi les aliments dont se nourrit la classe ouvrière ou indigente, se trouvent en première ligne le pain, les viandes de toute espèce, les légumes et les fruits.

« Conformément aux lois en vigueur, les administrations communales sont chargées d'assurer la fidélité du débit des denrées qui se vendent au poids et à la mesure, ainsi que la salubrité des comestibles, lesquels ne doivent point être exposés en vente, s'ils sont gâtés, corrompus et reconnus nuisibles, sous peine d'amende, outre la saisie, la confiscation et la destruction de ces mêmes comestibles, et, dans le cas de récidive, d'un emprisonnement.

« Leur surveillance doit aussi s'exercer : 1° sur les approvisionnements en blé, en farine, que les boulangers doivent toujours tenir au complet, surtout dans la circonstance où nous nous trouvons maintenant; 2° sur la qualité de ces farines; 3° sur le degré de cuisson et sur la qualité du pain.

« Les boulangers doivent cuire à l'heure convenable pour que leurs pains ordinaires soient frais et rassis aux heures où le public en fait ses provisions; il faut qu'ils soient sans mixtion quelconque, bien élaborés, sans aucune espèce d'altération et faits de farines saines. Une triste expérience a démontré que quelques boulangers, non contents d'employer des farines de mauvaise qualité, mélangeaient encore dans les pâtes, afin d'en favoriser le boursouflement, d'en activer la cuisson ou de rendre le pain plus blanc, des substances essentiellement nuisibles à la santé, telles que l'alun, les sulfates de cuivre et de zinc, etc. Cette sophistication doit être sévèrement défendue et punie par les lois. Nous signalerons encore un autre genre d'adultération du pain, beaucoup plus commune, et qui mérite également de fixer l'attention de l'autorité, parce qu'elle constitue un vol d'autant plus coupable qu'il diminue la propriété nutritive du pain; c'est l'excès de la proportion d'eau nécessaire à la panification et qu'une cuisson incomplète ou précipitée retient dans la mie pour faire poids. Dans les pains blancs ordinaires de Paris, la proportion d'eau est de 52, 27 °/₀ de farine, tandis que la quantité d'eau ajoutée à la farine pour le pétrissage de la pâte à pain de munition est, en moyenne, de 105 °/₀ : la différence est, comme on voit, considérable. Or, il n'y a pas que les soldats qui reçoivent du pain trop chargé d'eau, en France comme en Belgique, ainsi que nous nous en sommes nous-mêmes assurés. On devrait donc poser une limite aux boulangers pour la quantité d'eau, moyennement admissible dans la confection du pain (*Dumas et Levy*).

« Les administrations locales doivent faire exercer, sur ce point, la surveillance la plus active et dénoncer pour être punie, conformément à la loi du 19 mai 1829, toute personne qui serait reconnue avoir exposé en vente des pains fabriqués avec des farines altérées ou mélangées de substances insalubres ou nuisibles, ou contenant une trop grande proportion d'eau.

« Il a été défendu, de tout temps, d'exposer en vente les viandes provenant d'animaux morts de maladie ou atteints, au moment de l'abattage, d'affections morbides graves, telles que le charbon, la ladrerie, la morve, etc. Cette mesure importante ne saurait être assez sévèrement exécutée, à cause des dangers auxquels s'exposent les personnes qui font usage de viandes altérées dans leurs principes essentiels. Les agents préposés, et il serait à désirer qu'ils eussent des connaissances en médecine vétérinaire, les agents préposés aux abattoirs, aux boucheries, aux halles et marchés de viandes, doivent recevoir, à cet égard, les instructions les plus précises, afin de pouvoir provoquer, au besoin, la punition

de ces délits, conformément à la loi du 3 brumaire an IV, et à l'arrêté du Directoire exécutif du 27 messidor an V, qui commine une amende de cinq cents francs contre quiconque achète, sort ou fait sortir de sa commune pour vendre ou conduire dans une autre commune, une bête reconnue malade. Il n'est pas moins important d'exercer la surveillance la plus sévère sur la qualité ou l'état des viandes qui arrivent cuites, assaisonnées, fumées, faisandées, dans les marchés et boutiques, et contractent quelquefois, par vétusté ou par un séjour trop prolongé dans les magasins, des qualités malfaisantes et même vénéneuses.

« Le débit des poissons de toute nature mérite aussi la plus grande surveillance. On doit défendre la vente des poissons putréfiés, empoisonnés, atteints ou morts de maladie. En France, le poisson exposé en vente doit être visité; celui qui est reconnu gâté, corrompu ou nuisible, est saisi et détruit (Ordonnance de 1672). Les détaillants de poissons doivent tenir leurs places en état permanent de propreté. Il leur est défendu d'y jeter ou laisser séjourner aucuns débris ou vidanges quelconques de poisson, à l'effet de quoi ils sont tenus de se pourvoir de caques ou baquets suffisants pour les y déposer. (Ordonnance de police du 7 février 1822). Il faut inspecter avec beaucoup d'attention les poissons salés ou fumés, dont il se fait une grande consommation parmi nous; ces poissons, indigestes en tout temps, le deviennent bien davantage encore quand ils sont dans un état d'altération quelconque. Cette observation est spécialement applicable au *stockvisch* amolli par la chaux et trempé à l'eau fraîche (préparations dont les inconvénients sont tels, que J.-P. Frank en conseillait la prohibition), ainsi qu'aux moules et aux huîtres, dont d'anciens règlements défendaient la vente depuis le mois de mai jusqu'au mois d'octobre.

« Les administrations locales ne doivent tolérer, en aucun temps, l'exposition, dans les marchés, de fruits et légumes gâtés ou corrompus; et si l'invasion du choléra épidémique était imminente, la prudence exigerait qu'elles empêchassent la vente de concombres, de melons, de fruits acerbes ou non mûrs, l'expérience ayant démontré que ces substances sont susceptibles de provoquer le développement de la maladie.

Des boissons.— « L'eau, qui est la boisson ordinaire de la classe indigente, est la plus salutaire quand elle est pure, fraîche, limpide, inodore, sans saveur et suffisamment aérée. Les inconvénients, qui peuvent résulter de l'usage intérieur d'eaux corrompues ou altérées d'une manière quelconque, doivent engager les administrations locales à faire surveiller l'entretien des fontaines,

des puits, des pompes, des citernes, des réservoirs, etc.

« Il importe de recommander, dans les localités où il n'existe point de sources, où il ne passe pas de rivières, etc., de ne pas laisser arriver dans les citernes la première eau de pluie qui tombe, surtout pendant les grandes chaleurs de l'été, cette eau ayant lavé les toits et les gouttières et contenant alors beaucoup de matières étrangères.

« La bière bien préparée et de bonne qualité, quand on en fait usage avec modération, est une boisson saine. Les bières blanches et les petites bières, dont la classe indigente fait le plus souvent usage, deviennent dangereuses, du moment qu'elles sont troubles et passent à l'aigre, à raison de leur vétusté, de leur exposition à l'air libre, de leur mauvaise préparation, d'une conservation défectueuse. Les accidents auxquels elles donnent lieu, tels que coliques, diarrhée, dyssenterie, etc., prédisposent à contracter le choléra; en conséquence, il conviendrait de s'en abstenir. Il doit être sévèrement défendu d'ajouter dans la bière, à quelque dose que ce soit, des substances minérales, végétales ou animales, vénéneuses, stupéfiantes, narcotiques, inébriantes, susceptibles de troubler la santé et d'occasionner des accidents graves. Il faudrait en outre exercer une surveillance attentive dans les maisons où se débitent des boissons de cette nature.

« Les anciens statuts interdisent la vente de la bière aigre ou tournée; « les brasseurs doivent faire bonne bière, y employer de bons grains, orge, blé ou avoine, ou seigle et avoine mêlés ensemble, suffisamment germés et brassinés, du houblon sain, de l'eau nette et non corrompue, sans y mettre sarrasin, ivraie (seigle ergoté), épiceries, drogues mauvais grains ou mauvaises matières; ils sont tenus de faire quiller la bière pour qu'elle se conserve, et de l'entretenir dans des vaisseaux sains et lavés à l'eau bouillante, sans pouvoir mettre la nouvelle bière sur la vieille. »

« Pour ce qui concerne le vin, l'expérience prouve malheureusement que celui qui se débite dans les endroits publics est loin d'être toujours pur et naturel, de bonne qualité.

« Les vins sont sujets à diverses altérations spontanées qui leur font acquérir des propriétés malfaisantes. En outre, la cupidité pousse beaucoup de marchands à le falsifier, soit simplement pour en augmenter la quantité, soit pour lui enlever quelques qualités désagréables. Il arrive fréquemment qu'on le mélange avec des vins de crus différents, en y ajoutant de l'eau, de l'alcool, des matières colorantes artificielles, adultérations coupables, que l'art du chimiste et du dégustateur est bien souvent impuissant à démasquer. On fait aussi fréquemment usage, dans le même but, de

poisons minéraux, tels que l'alun, la litharge, la céruse, etc. C'est à la police locale qu'il appartient de faire rechercher ces délits, qui sont prévus par les art. 475 et 477 du code pénal, par le décret du 13 décembre 1813 et par la loi du 19 mai 1829.

« Nous voudrions qu'il fût défendu, en Belgique comme en France, à toutes personnes faisant le commerce de vins, de fabriquer, altérer ou falsifier les vins, d'avoir, dans leurs caves, celliers ou autres parties de leur domicile ou magasin, des cidres, bières, poirés, sirops, mélasse, bois de teinture, vins de lie pressée, eaux colorées et préparées, et autres matières quelconques propres à fabriquer, falsifier ou mixtionner les vins; et ce, sous les peines portées aux art. 318, 475 et 476 du code pénal, et, en outre, sous peine de fermeture de leurs établissements, par ordonnance de l'autorité compétente. A l'exemple de ce qui se pratique à Paris, on pourrait aussi enjoindre aux courtiers-gourmets, piqueurs de vins, de rechercher et faire connaître aux préposés de la police les vins falsifiés ou mixtionnés, même ceux qui ne seraient altérés qu'avec de l'eau, et qui pourraient être mis dans le commerce.

« Le vinaigre, dont la classe indigente fait une si grande consommation, contient par fois des sels de cuivre ou de plomb ; dans ces cas, il faut le proscrire. Mais il arrive beaucoup plus souvent qu'il est falsifié par le mélange d'une certaine quantité d'acide sulfurique. On reconnaît ce genre de falsification, qui est prévu dans un décret du 22 décembre 1809, au moyen du carbonate de chaux pur. Si, comme on l'a dit, on se bornait à verser un sel soluble de baryte dans du vinaigre de vin, supposé contenir de l'acide sulfurique, on s'exposerait à commettre des erreurs. On a recommandé récemment un autre procédé pour reconnaître cette sophistication dangereuse ; en concentrant le vinaigre, ainsi adultéré, à feu nu, il se dégage des vapeurs blanches d'acide sulfurique, et quand l'évaporation a réduit le liquide aux neuf dixièmes, on le traite par l'alcool concentré, puis par le chlorhydrate de baryte qui donne naissance à des sulfates insolubles et à des sulfovinates cristallisables.

« Si le choléra attaque plus souvent et avec plus de violence les individus d'une constitution faible ou détériorée (1), appartenant à des conditions pauvres, que ceux qui vivent habituellement dans l'aisance, il faut, en grande partie, rattacher cette différence au mauvais régime que suivent les premiers, et aux actes d'intem-

(1) Cependant les individus robustes, d'une constitution forte, n'en sont pas à l'abri ; le choléra est même beaucoup plus dangereux pour eux, attendu qu'ils sont plus souvent affectés de l'espèce asphyxique.

tempérances auxquels ils se livrent communément dans nos contrées.

« Il est généralement reconnu que l'usage de substances alimentaires indigestes, l'excès dans le boire et le manger, l'abus des liqueurs alcooliques, l'ingestion de boissons froides ou glaciales, etc., sont autant de causes qui ont fait plusieurs fois éclater le choléra.

« Les excès, auxquels se livrent le dimanche les ouvriers, paraissent avoir produit, dans plusieurs villes, une augmentation notable dans le nombre des cholérique qui entraient aux hôpitaux le lundi. Un rapport du Comité de tempérance de New-York nous apprend que, sur trois cent trente-six victimes du choléra, il s'est trouvé cent quatre-vingt-quinze ivrognes, cent trente et un buveurs plus modérés, cinq individus sobres, deux membres de la Société de tempérance, un idiot et deux individus dont les habitudes étaient inconnues.

« En somme, dans l'ignorance où l'on est encore sur l'agent virtuel qui engendre le choléra, la police sanitaire, suivant nous, n'a d'autre devoir à remplir qu'à combattre, par les moyens les plus efficaces, les causes auxiliaires qui en favorisent le développement, et dont l'éloignement exerce la plus grande influence sur la maladie et sur sa terminaison. Nous nous abstiendrons d'entrer, à cet égard, dans des détails superflus ; nous nous permettrons seulement de rappeler que, parmi les causes prédisposantes, dont nous avons déjà signalé les principales, on doit aussi mentionner l'âge de 20 à 60 ans (1), le sexe féminin (2), les professions qui indiquent le moins d'aisance et sont exercées en plein air, les travaux excessifs du corps et de l'esprit, les veilles trop prolongées, l'incontinence et la crainte, suites d'une préoccupation trop vive de l'épidémie régnante.

§ II. *Tout disposer d'avance pour le service médical.*

« A la première annonce de l'apparition du choléra à Londres, en 1831, on en prévit l'invasion dans Paris. Le préfet du département de la Seine s'empressa d'écrire au Conseil général des hospices, en lui adressant plusieurs questions relatives aux mesures à prendre. Celui-ci nomma deux Commissions, l'une administrative, l'autre sanitaire. La Commission sanitaire proposa d'établir, dans les quartiers les plus éloignés du centre de Paris, trois ou quatre

(1) En général, la mortalité cholériqne est beaucoup moindre chez les enfants de un à dix ans que chez les vieillards de soixante à soixante-dix ans.

(2) Mais en revanche les femmes se rétablissent plus parfaitement que les hommes.

hôpitaux, exclusivement destinés au traitement des cholériques, dont elle demandait surtout la séquestration ; elle indiquait la formation d'hospices à Montmartre et au Mont-Valérien, pour recevoir les convalescents, et conseillait de défendre, pendant toute la durée de l'épidémie, les grandes réunions, la vente de la friperie et des hardes; de transporter les marchés sur les boulevards extérieurs, non loin des barrrières ; de placer à toutes les maisons, où il y aurait des cholériques, un signe particulier et reconnaissable qui serait maintenu huit jours encore après la cessation de la maladie. A ces conseils, la même Commission ajouta des mesures pleines de sagesse et de charité pour les pauvres et les indigents, auxquels elle proposait de distribuer des vêtements, et chaque jour un peu de vin, de bière et même d'eau-de-vie.

« L'administration ne crut pas devoir adopter entièrement ces mesures. Aux règlements de salubrité publique existant, et qui paraissaient suffisants, elle se contenta d'en ajouter de nouveaux, dont l'exécution fut exactement surveillée. Elle demanda la création d'un conseil. Les autorités gouvernementales instituèrent une Commission centrale de salubrité et douze Commissions d'arrondissement chargées de correspondre avec la centrale, et qui devaient elles-mêmes s'entendre avec d'autres Commissions nommées dans chacun des quarante-huit quartiers de la ville et des deux arrondissements ruraux du département.

« Des médecins, des chimistes, des pharmaciens connus, des citoyens honorables présentés par les maires, furent désignés pour former ces Commissions, auxquelles on adjoignit des commissaires-voyers et des commissaires de police.

« Les Commissions de quartier furent plus spécialement chargées de visiter les maisons particulières, de constater l'état des fosses d'aisance, les plombs, les puits, les puisards, de surveiller les institutions, les écoles, les établissements de nourrices, les maisons de sevrage et de santé, celles qui sont habitées par des nourrisseurs de chevaux, de chiens, de porcs, de lapins, de poules, de pigeons, de visiter les logeurs, les nourrisseurs, les tanneurs, les baigneurs, les boyaudiers, les chiffonniers, les ateliers de toute espèce, susceptibles de devenir nuisibles par une mauvaise tenue ou par la mauvaise odeur qu'ils exhalent.

« Les Commissions d'arrondissement, intermédiaires entre la Commission centrale et les Commissions de quartier, eurent pour attributions de recevoir les rapports de ces dernières, de les examiner, d'en vérifier l'exactitude toutes les fois qu'elles le jugeraient nécessaire, et d'en faire ensuite un extrait destiné à être envoyé à la Commission centrale : elles dûrent aussi aider de leurs

conseils et appuyer de leur approbation le zèle et les démarches des Commissions de quartier.

« Enfin, la Commission centrale, joignant à ses propres lumières la connaissance de tous les faits acquis par elle, devait à son tour éclairer l'administration et lui proposer l'adoption de mesures nouvelles, s'il en était besoin, ou seulement la modification des anciennes, si elle la jugeait suffisante. La Commisson se réserva d'ailleurs la surveillance de tous les grands établissements publics de la capitale, à l'exception des églises et des temples appartenant aux différents cultes, parce qu'elle pensa que ces édifices ne réclamaient aucune mesure sous le rapport de la salubrité.

« Quant aux autres lieux de réunion, tels que cafés, estaminets, billards, elle crut devoir se contenter de les recommander à la surveillance particulière des Commissions de quartier, dans les attributions desquelles ils se trouvaient naturellement. Le zèle que les personnes recommandables, qui les composaient, mirent à répondre à la confiance de la Commission, prouva qu'il eût été difficile de la mieux placer.

« En effet, ces nouveaux édiles improvisés se partagèrent aussitôt entre eux tous les établissements publics situés dans l'arrondissement de leurs quartiers respectifs, et en peu de jours, ils eurent visité les marchés, les théâtres, les colléges, les écoles, les hôtels garnis, les casernes, les corps de garde, les cafés, les cabinets de lecture, les cimetières; ils avaient soigneusement noté toutes les causes d'insalubrité, et l'administration donna les ordres nécessaires pour les faire disparaître promptement.

« Toutes ces mesures ne regardaient encore que l'assainissement des habitations ; il y en avait d'autres à prendre pour la santé même des habitants.

« On établit dans chaque quartier plusieurs bureaux de secours ou postes médicaux, dans lesquels un médecin, un pharmacien, et un certain nombre d'élèves en médecine, d'infirmiers et de gardes-malades devaient se tenir prêts, jour et nuit, à porter les premiers secours aux malades pour lesquels on les réclamait. Ces bureaux furent garnis de tout le matériel nécessaire à leur destination, tels que médicaments, lits, couvertures, brancards, etc., et placés sous la direction immédiate des maires, que l'on chargea de prévenir, vingt-quatre heures d'avance, les médecins et les pharmaciens désignés pour y faire le service.

« Enfin, la Commission centrale fit publier une instruction sur le régime à suivre pour se préserver du choléra, et sur la conduite qu'il faudrait tenir si l'on s'en trouvait atteint. Elle recommandait la propreté dans les vêtements et les habitations, la sobriété

dans les aliments, la modération dans les plaisirs, et elle engageait surtout les citoyens à se tenir en garde contre les prétendus moyens curatifs, dont les charlatans vantaient chaque jour les vertus, dans les journaux et dans les affiches dont les murs de la capitale étaient couverts.

« De son côté, l'administration des hôpitaux ne demeurait point oisive; elle s'occupait à préparer des salles nouvelles pour y recevoir les malades atteints de l'épidémie et elle faisait purifier les anciennes; elle augmentait le personnel des élèves et des infirmiers; enfin, ne voulant négliger aucune des précautions que la prudence semblait indiquer, elle ordonna de suspendre tous les cours d'anatomie.

« Tel fut l'ensemble des mesures, pour la plupart communes à Paris et au département de la Seine, qui furent prises par l'administration contre l'épidémie dont cette capitale était menacée, en 1831, et que nous avons cru devoir rapporter comme un excellent modèle à suivre, avant de combiner les mesures prises en Belgique, en 1832, avec ce que nous proposons de faire cette année, dans le cas où elle viendrait de nouveau à s'avancer vers nous.

« Multiplier les secours publics accordés aux malades indigents et assurer la subsistance des pauvres; leur procurer des vêtements, des combustibles, des couvertures, leur distribuer souvent de la paille fraîche dont ils ont besoin pour le couchage.

« Etablir dans chaque commune, afin de veiller à tout ce qui concerne la salubrité, des Commissions sanitaires. Ces Commissions composées du bourgmestre, d'habitants notables, de médecins et de pharmaciens, donneront leurs avis sur les changements et les améliorations dont seront susceptibles les localités confiées à leur surveillance, dans le but de s'opposer aux progrès du choléra et de venir en aide à ceux qui seraient atteints de la maladie.

« Dans chaque quartier, district ou section des villes, nommer en outre des sous-commissions sanitaires chargées de visiter les rues, places, marchés, établissements publics et particuliers, maisons, etc., de rechercher les causes d'insalubrité, de les faire connaître, d'en signaler le danger aux habitants, en les engageant à y remédier, autant que possible, sous les ordres de l'administration. A ces Commissions pourront être confiées toutes les attributions jugées utiles dans l'intérêt de l'amélioration de la situation des pauvres et de la santé publique. Elles correspondront avec les Commissions sanitaires centrales et les régences des villes ou des communes où elles seront instituées, et seront composées du curé ou du vicaire de la paroisse, de trois notables, dont un maître des

pauvres ou un membre du bureau de bienfaisance, d'un médecin, d'un chirurgien et d'un pharmacien.

« Engager les maîtres des pauvres, les membres des bureaux de bienfaisance, les ecclésiastiques des paroisses et toutes les personnes charitables qui ont de l'influence sur la partie misérable et peu éclairée de la population, à visiter les familles indigentes pour leur faire sentir que la malpropreté, l'humidité, l'entassement, le défaut d'aération, de ventilation et de lumière dans les habitations, le manque de vêtements suffisants, l'intempérance, l'exposition prolongée aux intempéries de l'air, les excès de tout genre, et surtout l'ivrognerie, favorisent le développement de la maladie et en aggravent les effets. Ils tâcheront d'empêcher que plusieurs cholériques couchent ensemble dans un seul lit, ou soient réunis dans les mêmes chambre, cave, grenier, etc., d'une capacité cubique trop exiguë, ou contenant d'autres personnes bien portantes. Dès le commencement de 1832, les Commissions sectionnaires, établies à Bruxelles, parcoururent la ville dans tous les sens, assainirent l'habitation du pauvre et indiquèrent les mesures à prendre. Les magistrats ne reculèrent devant aucune dépense pour atteindre le but. Quand le choléra se manifesta, tous les services marchèrent comme si un seul ressort les mouvait. La Commission sanitaire, la régence, les médecins des hôpitaux et des quarantaines, les médecins des pauvres et des bureaux de secours, l'administration des hospices, les maîtres des pauvres, tous n'avaient qu'une pensée, un désir, celui de préserver leurs concitoyens (*Van-Esschen*).

« Il conviendrait d'augmenter temporairement le nombre des médecins des pauvres ou de bienfaisance, pour que tous les malades fussent visités et secourus le plus promptement possible.

« Etablir, sous la direction des Commissions sanitaires, dans chaque quartier des villes populeuses, dans chaque commune, des bureaux de secours ou des ambulances, à chacune desquelles seront attachés, au moins, deux médecins, afin qu'ils puissent se relayer au besoin, et qu'il y en ait toujours un en permanence, jour et nuit, prêt à donner ses soins ou ses conseils à ceux qui viendraient les implorer. Ces établissements devront être pourvus : 1° d'un brancard couvert, muni d'un matelas, de couvertures et de tout ce qui est nécessaire pour le transport des malades; 2° d'une boîte de médicaments; 3° des objets indispensables pour l'emploi des premiers remèdes.

« Aussitôt que le fléau a pénétré dans une maison, il n'est pas seulement redoutable pour ceux qu'il attaque, mais il menace encore de près les individus bien portants qui y cohabitent. L'un des

principaux moyens de soustraire ceux-ci à l'épidémie, est de les disperser et de leur procurer des demeures saines, loin des habitations infectées.

« Environné de villages infectés depuis trois mois, Edimbourg se défendit contre le choléra, qui, à chaque instant, était près de l'envahir. Aussitôt qu'un individu était atteint, on lui prodiguait des soins dans son domicile, s'il refusait de le quitter; mais on envoyait sa famille dans la maison de refuge de Queenberry-House. La maladie se déclara quarante fois parmi les personnes ainsi traitées, mais elle ne se développa point parmi les deux cent mille habitants de cette ville; et cent soixante et onze fois l'épidémie fut entièrement étouffée (1). A Turin, en 1835, à l'époque où cette capitale fut envahie par le choléra, dans un des cinq hôpitaux créés dans cette déplorable circonstance, on disposa un ample local pour servir de refuge aux familles pauvres qui avaient perdu un ou plusieurs cholériques; là, les survivants, les orphelins, étaient admis et maintenus jusqu'à ce que leurs propres habitations, convenablement désinfectées et assainies, fussent en état de les recevoir. En outre, on forma, par souscription et à raison de cent francs par action, un hôpital qui était situé aux environs de la ville, hors la porte Susina. Cet hôpital était destiné à recevoir les cholériques, moyennant un tantième pour chaque journée d'hospitalité.

« Turin est, sans doute, redevable aux excellentes mesures sanitaires qu'on y prit, de n'avoir eu, sur une population de cent-vingt mille âmes, que cinq à six cents cholériques, et de n'en avoir qu'un sur plus de huit cents habitants.

« A Bruxelles, lors de l'épidémie de 1832, on se hâta aussi d'établir des maisons de refuge ou de santé. L'une de ces maisons, placée dans un des quartiers les mieux aérés de la ville, présentait des salles spacieuses qui pouvaient tenir jusqu'à trente lits, et on y trouvait réuni tout ce qui était nécessaire à une organisation complète. La direction intérieure en fut confiée à des mains habiles. Des deux cent-vingt-huit personnes qui y furent reçues, pas une seule ne contracta la maladie.

« On doit engager les malades, quand ils appartiennent à la classe indigente, à se laisser transporter, le plus tôt possible, dans l'un des hôpitaux destinés à recevoir les cholériques, du moment où ils éprouvent les premiers symptômes de l'affection. A Paris, à Vienne, comme dans toutes les villes ravagées par l'épidémie, si l'on compare la mortalité des individus traités à

(1) *Bulletin de l'Académie royale des Sciences et belles-lettres de Bruxelles*, 1832.

domicile avec celle des individus de la classe pauvre, traités dans les établissements préparés expressément pour eux, l'avantage a été du côté de ces derniers.

« Il faut conserver aux hôpitaux ordinaires leur destination habituelle, et ne pas y admettre des cholériques, soit indistinctement avec les autres malades, soit séparément et dans des salles particulières.

« Dans les cas où il s'y présenterait des malades suspects ou atteints de choléra, il conviendrait de les faire transporter, s'ils le désirent, dans l'un des hôpitaux destinés à les recevoir.

« Des hôpitaux temporaires, bien organisés, sont indispensables; ils doivent réunir toutes les conditions nécessaires au traitement et à la guérison des cholériques et à la préservation des autres individus. Si l'on n'avait pas la précaution d'y entretenir la plus grande propreté et de les pourvoir de tout ce qui peut les rendre utiles aux malades, on ferait manquer le but de leur institution, parce que les malades, répugnant d'y entrer, chercheraient à les éviter.

« Il faut que les hôpitaux temporaires soient ouverts non seulement à tous les indigents, nationaux ou étrangers, mais encore à tous ceux qui, non indigents, demanderaient à y être admis en payant un tantième pour chaque journée d'hospitalité.

« Ils doivent être pourvus de tout ce qui est indispensable au service médical; avoir leur directeur, leurs médecins, leurs élèves, leurs pharmaciens, et leurs infirmiers, de l'un ou de l'autre sexe, bien instruits à soigner les malades, adroits et sobres.

« Il serait prudent de les établir et de les préparer à l'avance, pour ne pas être pris au dépourvu dans le cas où l'épidémie vînt à se montrer à l'improviste.

« Il doit y en avoir dans chaque ville et dans chaque commune un au moins sur une population de dix mille habitants.

« Il serait à désirer qu'ils fussent situés sur des terrains secs, dans des lieux élevés ou du moins découverts, largement ventilés, loin des évaporations des rivières, des étangs, des marais, des égouts et des fossés, et, dans les villes, à proximité des quartiers habités par la classe pauvre, pour laquelle le fléau a une malheureuse prédilection et qui partout a besoin d'être plus particulièrement secourue par la bienfaisance publique.

« Il vaudrait mieux, selon nous, les multiplier, que d'en avoir en trop petit nombre de très-grands, parce que l'air des salles qui contiennent beaucoup de malades, et celui des grands hôpitaux, en général, sont les premiers obstacles à la guérison des maladies.

« Dans les hôpitaux de cholériques, il conviendrait d'établir trois divisions; la première, pour les suspects, la seconde, pour les cholériques en traitement, et la troisième, pour les convalescents.

« Les salles de convalescence sont d'autant plus nécessaires, que l'expérience a prouvé qu'il est utile qu'un certain laps de temps s'écoule, entre le moment où le convalescent quitte le foyer d'émanations au sein duquel la maladie s'est passée, et le moment où il rentre dans la société.

« Si les hôpitaux n'offraient pas des conditions telles, qu'on pût y établir commodément et avantageusement les séparations prémentionnées, il faudrait y suppléer en instituant dans leur voisinage des maisons de refuge ou de santé pour les suspects, et des maisons propres à recevoir les convalescents.

« Enjoindre aux commissaires de police ou autres agents de l'autorité, de tenir un registre de tous les événements qui peuvent intéresser la santé publique et dont ils devront journellement donner communication à la Commission sanitaire du lieu.

« Nous faisons des vœux pour que tous les médecins veuillent bien s'astreindre, dans cette circonstance, aux mêmes obligations.

« Engager les propriétaires et les principaux locataires de maisons, les hôteliers, les aubergistes, les logeurs et tous ceux qui tiennent des garnis, à donner connaissance, dans le plus bref délai, au prochain bureau de secours, de tout ce qui concerne le choléra.

« Quand un malade pourra recevoir immédiatement les secours nécessaires, le chef du bureau de secours lui enverra un médecin. Après l'administration des premiers remèdes, celui-ci fera transporter le malade au plus proche hôpital temporaire, si toutefois le malade ou ses parents en font la demande expresse,

« Il serait aussi prudent de faire laver, blanchir, lessiver ou désinfecter, au moyen de fumigations chlorurées ou soufrées, la literie, le linge, les vêtements et autres effets ayant servi aux cholériques, avant d'en permettre l'usage à des personnes saines.

« On améliorerait le service des hôpitaux temporaires pour les cholériques, disait avec raison le docteur Van Esschen, en y établissant des bains, qui auraient à la fois une utilité hygiénique et médicale. Chaque entrant serait immédiatement dépouillé de ses habits et mis au bain; il serait pourvu d'autres vêtements; ceux qu'il portait seraient désinfectés ou brûlés, suivant le cas.

« Les corps des individus qui succomberont à la maladie devront être arrosés, peu de temps après la mort, avec une solution de

chlorure de chaux, et enlevés, dès que le décès aura été bien et dûment constaté, avant que la putréfaction ait fait des progrès, pour être transportés dans des voitures couvertes, et immédiatement, dans des locaux bien ventilés, situés en dehors des villes ou des villages, spécialement consacrés à cet usage, où ils seront déposés jusqu'au moment de l'inhumation.

« Les cadavres seront enterrés dans le cimetière ordinaire, ou dans un autre endroit désigné et éloigné des habitations, jamais dans les églises, chapelles, jardins ou maisons particulières, et enfouis dans des fosses d'un mètre et demi de profondeur, sans qu'on attende, comme de coutume, qu'il soit arrivé d'autres corps.

« On ne doit pas permettre qu'ils soient exposés dans les églises, où ils pourraient causer de l'épouvante au peuple qui assiste aux cérémonies religieuses et du préjudice à la santé publique, par les émanations qui s'en échappent.

« Que les transports des cadavres se fassent pendant la nuit, avant ou après le coucher du soleil, autant que possible secrètement, sans bruit de cloches et sans pompe religieuse.

« Pendant tout le temps que durera l'épidémie, il faudra défendre de sonner l'agonie ou le glas funèbre.

« Les grands rassemblements populaires sont à craindre en semblable occurrence ; l'agglomération d'une quantité considérable de personnes dans un lieu circonscrit peut donner naissance à un nouveau foyer d'infection. En Belgique, on a remarqué, en 1832, que toute fête publique, toute réjouissance populaire, dans la capitale ou ailleurs, était toujours suivie d'une augmentation dans le nombre des malades.

« Sans doute, si la calamité publique, que nous cherchons à prévenir, venait malheureusement à fondre sur notre patrie, on devrait engager tous les hommes à adresser de ferventes prières au Tout-Puissant, pour qu'il daignât faire cesser ou alléger les maux auxquels nous serions en proie; mais les prières peuvent se faire tout aussi bien en particulier qu'en public; on éviterait ainsi les réunions nombreuses dans les temples.

« Enfin, il faut exhorter le public, surtout les gens du peuple, à appeler les médecins à leur aide, dès le commencement de la maladie ; les médecins, nous en avons la certitude, se feront toujours un devoir de secourir les pauvres et ceux qui souffrent.

Résumé et conclusions. — « D'après les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer relativement à la prophylaxie du choléra-morbus épidémique, dans le cas où cette maladie viendrait à reparaître en Belgique, les indications que nous croyons

devoir donner au gouvernement peuvent, ce semble, se réduire aux conseils préservatifs suivants, en vue d'améliorer les conditions sanitaires, d'une part, et de tout disposer d'avance pour le service médical, de l'autre.

I. *Améliorer les conditions sanitaires.* — « 1. Dans l'ignorance où l'on est sur la cause virtuelle ou efficiente du choléra-morbus épidémique, s'ingénier à combattre efficacement les causes auxiliaires ou prédisposantes qui en favorisent singulièrement l'invasion et influent si puissamment sur sa propagation, sa gravité, son traitement et sa terminaison.

« 2. Veiller soigneusement à l'entretien de la santé publique, chercher, par tous les moyens disponibles, à anéantir, à corriger ou du moins à atténuer les causes d'insalubrité, en plaçant les classes pauvres et laborieuses dans des conditions physiques semblables à celles où se trouvent ordinairement les personnes qui sont dans l'aisance.

« 3. Pourvoir à l'assainissement des villes et des campagnes, ainsi qu'à l'amélioration du sort des indigents et à leur éducation.

« 4. Prescrire aux magistrats de ne rien négliger pour écarter tout ce qui peut favoriser le développement du fléau.

« 5. Prendre soin d'entretenir la plus grande propreté dans les lieux habités, dans les demeures, sur les personnes et dans les vêtements.

« 6. Dans l'imminence du fléau, faire souvent balayer dans les villes, bourgs et villages, non seulement pendant le jour, mais même pendant la nuit, les rues, les ruelles, les carrefours, les places publiques, les marchés, etc., n'y laisser jamais séjourner des boues, des immondices, des ordures, des excréments, des matières animales et végétales en putréfaction.

« 7. Favoriser le libre et facile écoulement des eaux pluviales, ménagères et autres, répandues à la surface du sol, et ne laisser nulle part croupir, auprès des habitations, des mares bourbeuses et putrides.

« 8. Faire curer les égouts, les fosses, les étangs, les canaux, les rutoirs, les fosses à fumier, etc., pendant l'hiver ou au commencement du printemps.

« 9. Disposer le périmètre des marais, des fossés et des étangs, même des rivières à cours lent, dont le lit reste en partie découvert pendant l'été, de manière que leurs eaux soient constamment élevées et tiennent les bords submergés, à moins que les circonstances n'aient permis d'en opérer le curage ou le desséchement avant l'apparition de l'épidémie.

« 10. Si le fléau vient à sévir dans une localité, différer ou interdire le curage ou le desséchement des eaux stagnantes environnantes, à moins qu'il n'y eût nécessité impérieuse d'en agir autrement; s'opposer même alors à la pêche dans les lacs et dans les étangs, quand celle-ci ne peut avoir lieu sans avoir d'abord donné écoulement aux eaux, et sans avoir mis à un la vase putrescible de leur fond.

« 11. Faire procéder à l'inspection et au nettoiement des puits, des citernes, des fontaines, des pompes et des abreuvoirs.

« 12. Que les latrines publiques, et même les latrines privées, dans l'occurrence, soient visitées et vidées; qu'on fasse clôturer celles dont l'insalubrité flagrante est irremédiable à défaut d'écoulement fixe ou d'autre moyen propre à en garantir l'innocuité.

« 13. Exercer une surveillance spéciale incessante, dans le but d'y entretenir la plus parfaite salubrité, sur tous les établissements publics où se réunit une population agglomérée, comme les théâtres, les casernes, les prisons, les hôpitaux, les écoles, les colléges, les universités, ainsi que les ateliers, les fabriques, les manufactures, particulièrement celles réputées insalubres, susceptibles de compromettre la santé publique, par leur mauvaise tenue et par les vapeurs malfaisantes qu'elles répandent, en sauvegardant autant que faire se peut les intérêts particuliers.

« 14. Agir de la même manière à l'égard des abattoirs, des boucheries, des cimetières, des chantiers d'équarrissage, des magasins, des boutiques, des caves, des greniers, des étables, des écuries, des garnis, des maisons occupées par des familles pauvres, par des chiffonniers, des boyaudiers, des marchands de chevaux ou de bestiaux, des personnes qui élèvent des porcs, des poules, des lapins, etc, lieux où l'air est souvent impur, contaminé et incomplétement renouvelé.

« 15. Répandre souvent des chlorures dans les lieux d'aisance, dans les cabinets de garde-robe, dans les éviers, dans les conduits des eaux ménagères, dans les endroits où se rassemblent un grand nombre de personnes, dans les boucheries, les abattoirs, les marchés aux poissons, dans les chambres mortuaires, etc., enfin partout où se forment de mauvaises émanations.

« 16. Dans des circonstances autres que celles énumérées (15), le meilleur et le principal remède à opposer à l'action délétère des miasmes infectants est le large accès d'un air pur et sa rénovation.

« 17. Que les habitations des gens pauvres soient toujours bien tenues et assainies; qu'on y prévienne l'encombrement des loca-

taires ou qu'on y mette obstacle, et quand il existe, qu'on se hâte de le faire cesser.

« 18. A l'approche de la maladie, disperser ou disséminer la partie de la population qui encombre les habitations étroites et malsaines, en lui procurant des logements spacieux, bien aérés et bien ventilés, jusqu'à ce que le danger soit passé.

« 19. Les maisons, qui ont été depuis peu envahies par les eaux des rivières débordées, ne doivent être habitées qu'après avoir été parfaitement desséchées et purifiées dans toutes leurs parties.

« 20. Pourvoir aux approvisionnements et assurer les subsistances.

« 21. Faire inspecter et vérifier, par des experts, l'état des matières alimentaires mises en vente dans quelque lieu que ce soit ; proscrire sévèrement toutes celles qui présentent des qualités équivoques ou mauvaises, ainsi que des traces d'altération ou de sophistication. Les fruits non mûrs, les légumes, la chair de porc, les viandes salées, fumées ou faisandées, les poissons marinés, les melons, les concombres, etc., réclament surtout une attention spéciale de la part de la police sanitaire.

« 22. Recommander la tempérance et la sobriété et l'observance d'un régime alimentaire nourrissant non exclusivement végétal, mais composé de substances animales et végétales.

« 23. Rappeler aux administrations communales les principales obligations que la loi prescrit concernant les aliments et les boissons.

« 24. Notifier au public, par tous les moyens de publicité possibles, qu'un mauvais régime et des actes d'intempérance provoquent le développement du choléra-morbus épidémique, et que l'usage d'aliments indigestes, des excès dans le boire et le manger, l'abus des liqueurs alcooliques, l'ivrognerie, l'incontinence, l'usage de glaces et de sorbets, l'ingestion de boissons très-froides, etc., sont aussi autant de causes susceptibles de lui donner naissance.

« 25. Exhorter le peuple à s'abstenir de l'usage de tout remède quelconque, soit préservatif, soit curatif, sans le conseil ou l'assentiment d'un médecin.

II. *Tout disposer d'avance pour le service médical.* — « 26. Ne faire établir sur les frontières continentales ni cordons sanitaires, ni lazarets, ni quarantaines, dans la vue d'empêcher l'invasion du choléra, l'expérience ayant prouvé que ces moyens offrent plus d'inconvénients que d'avantages.

« 27. Cependant, s'il se présentait, dans l'un de nos ports maritimes des navires, à bord desquels la maladie se serait manifestée

ou aurait fait des victimes, ces bâtiments ne devraient pas être admis à la libre pratique, mais il faudrait les soumettre au régime de la patente suspecte et partout leur faire subir une quarantaine de douze jours au moins.

« 28. Multiplier les secours publics accordés aux malades indigents et assurer la nourriture aux pauvres ; leur procurer des vêtements, des combustibles, des couvertures, leur distribuer souvent de la paille fraîche dont ils ont besoin pour le couchage.

« 29. Instituer dans chaque commune, afin de veiller à tout ce qui concerne la salubrité, des Commissions sanitaires. Ces Commissions, composées du bourgmestre, d'habitants notables, de médecins et de pharmaciens, donneront leurs avis sur les changements et les améliorations dont seront susceptibles les localités confiées à leur surveillance, dans le but de s'opposer aux progrès du choléra et de venir en aide à ceux qui seraient atteints de la maladie.

« 30. Dans chaque quartier, district ou section des villes, établir, en outre, des sous-commissions sanitaires chargées de visiter les rues, les places, les marchés, les établissements publics et privés, les maisons, etc., de rechercher les causes d'insalubrité, de les faire connaître, d'en signaler le danger aux habitants, en les engageant à y remédier, autant que possible, sous les ordres de l'administration. A ces Commissions pourront être confiées toutes les attributions jugées utiles dans l'intérêt de l'amélioration de la situation des pauvres et de la santé publique. Elles correspondront avec les Commissions sanitaires centrales et les administrations communales auxquelles elles ressortissent, et seront composées du curé ou du vicaire de la paroisse, de trois notables, dont un maître des pauvres ou un membre du bureau de bienfaisance, d'un médecin, d'un chirurgien et d'un pharmacien.

« 31. Engager les maîtres des pauvres, les membres des bureaux de bienfaisance, les ecclésiastiques des paroisses et toutes les personnes charitables, qui ont de l'influence sur la partie misérable et peu éclairée de la population, à visiter les familles indigentes, pour leur faire sentir que la malpropreté, l'humidité, l'entassement, le défaut d'aération, de ventilation et de lumière solaire dans les habitations, le manque de vêtements convenables, l'intempérance, l'exposition prolongée aux intempéries atmosphériques, les excès de tout genre, notamment l'ivrognerie, favorisent le développement de la maladie et en aggravent les effets. Ils tâcheront d'empêcher que plusieurs cholériques couchent ensemble ou soient réunis dans un local trop exigu ou contenant d'autres individus bien portants.

« 32. Augmenter le nombre des médecins des pauvres ou de bienfaisance, pour que tous les malades indistinctement soient visités et secourus sans délai.

« 33. Dans chaque quartier des villes populeuses, dans toutes les communes, établir, sous la direction des Commissions sanitaires, des bureaux de secours ou des ambulances, auxquelles seront attachés deux médecins au moins, afin qu'ils puissent, au besoin, se relayer, et qu'il y en ait toujours un en permanence, jour et nuit, prêt à donner soins et conseils à ceux qui viennent les implorer.

« 34. Ces bureaux de secours doivent être pourvus : 1° d'un brancard couvert, muni d'un matelas, de couvertures et de tout ce qui est nécessaire pour le transport des malades ; 2° d'une boîte de médicaments ; 3° des objets indispensables pour l'administration et l'emploi des premiers remèdes.

« 35. Comme le fléau, dès qu'il a pénétré dans une maison, n'est pas seulement redoutable pour ceux qu'il frappe, mais menace encore d'attaquer les individus sains qui l'habitent, l'un des principaux moyens à employer, pour en préserver ces derniers, est de les disperser, en leur procurant des habitations salubres, loin des foyers morbifiques.

« 36. Quand les malades appartiennent à la classe indigente, il faut les déterminer, par la persuasion, à se laisser aussitôt transporter dans un des hôpitaux destinés aux cholériques.

« 37. Conserver aux hôpitaux ordinaires leur destination habituelle ; n'y point admettre de cholériques.

« 38. Il est indispensable d'instituer des hôpitaux temporaires bien organisés, réunissant toutes les conditions nécessaires au traitement, à la guérison des cholériques et à la préservation des autres individus.

« 39. Que ces asiles, ouverts par la bienfaisance nationale à l'humanité périclitante, reçoivent gratuitement non seulement tous les indigents atteints de la maladie, de quelque pays qu'ils soient, mais encore tout individu qui demanderait à y être admis en payant un tantième pour chaque journée d'hospitalité.

« 40. Les hôpitaux temporaires doivent être fournis de tout ce qui est indispensable au service médical, et avoir leur directeur, leurs médecins, leurs élèves, leurs pharmaciens et leurs infirmiers.

« 41. Dans chaque ville ou commune, il faudrait qu'il y eût au moins un de ces hôpitaux sur une population de 10,000 habitants.

« 42. Il serait à souhaiter qu'ils fussent situés sur des terrains

secs, dans des endroits élevés ou du moins découverts, largement ventilés, loin des évaporations des rivières, des étangs, des marais, des égouts et des fossés ; et dans les villes, à proximité des quartiers habités par la classe pauvre, sur laquelle le fléau exerce particulièrement ses ravages.

« 43. Il vaut mieux multiplier les hôpitaux temporaires que d'en restreindre le nombre en donnant à chacun d'eux une trop grande étendue ; l'air des vastes hôpitaux, dont les salles contiennent beaucoup de malades, est le premier obstacle à leur guérison.

« 44. Dans les hôpitaux de cholériques, établir trois divisions, l'une pour les suspects, l'autre pour les cholériques, et la troisième pour les convalescents.

« 45. Si ces hôpitaux temporaires ne présentaient pas des conditions telles, qu'on pût y faire les séparations prémentionnées, on devrait établir dans leur voisinage des maisons de refuge ou de santé pour les suspects, et des maisons destinées à recevoir les convalescents.

« 46. Enjoindre aux commissaires de police ou autres agents de l'autorité, de tenir un registre de tous les événements relatifs à la santé publique, dont ils devront tous les jours donner communication à la Commission sanitaire du lieu.

« 47. Inviter les propriétaires et les principaux locataires de maisons, les hôteliers, les aubergistes, les logeurs et tous ceux qui tiennent des garnis, à donner connaissance, dans le plus bref délai, au prochain bureau de secours, de tout ce qui concerne le choléra.

« 48. Quand un malade pourra recevoir immédiatement les secours nécessaires, le chef du bureau de secours lui enverra aussitôt un médecin. Après l'administration des premiers remèdes, celui-ci fera transporter le malade à l'hôpital temporaire le plus voisin, si toutefois le patient ou ses proches y consentent.

« 49. Faire laver, blanchir, lessiver ou désinfecter la literie, le linge, les vêtements qui ont été à l'usage des cholériques, avant de permettre qu'ils servent à des personnes saines.

« 50. Les corps des individus qui ont succombé à la maladie, après avoir été arrosés avec une solution de chlorure de chaux, seront enlevés, dès que le décès aura été dûment constaté, pour être immédiatement transportés, dans des voitures bien couvertes, aux endroits destinés à leur inhumation.

« 51. Les cadavres seront enterrés dans le cimetière ordinaire, ou dans un autre lieu désigné à cet effet et éloigné des habitations, jamais dans les églises, chapelles, jardins ou maisons particu-

lières, et enfouis dans des fosses d'un mètre et demi de profondeur, sans qu'on attende, comme de coutume, qu'il soit arrivé d'autres corps.

« 52. Prohiber l'exposition des cadavres des cholériques dans les églises, où ils pourraient gravement préjudicier à la santé du peuple qui assiste aux cérémonies religieuses.

« 53. Transporter les cadavres au cimetière pendant la nuit, avant ou après le coucher du soleil, sans bruit, sans sonnerie de cloches et sans pompe religieuse, dont il faudrait aussi s'abstenir en allant administrer les sacrements aux malades.

« 54. Pendant la durée de l'épidémie, il faut défendre de sonner l'agonie ou le glas funèbre ; en semblable circonstance, les grands rassemblements populaires sont à craindre. Il faut, autant que possible, éviter les réunions nombreuses.

« 55. Enfin, exhorter le public, surtout les gens du peuple, à appeler les médecins à leur aide, aussitôt que les premiers indices de la maladie se déclarent. »

Rapport de la Commission chargée d'examiner le Mémoire de M. P. Moreau, *relatif à l'emploi de l'eau froide, à l'interieur, dans le traitement de la pneumonie et de la pleuro-pneumonie.* — M. Raikem, rapporteur.

« Messieurs,

« Au nom de la Commission que vous avez chargée d'examiner le Mémoire de M. Pierre Moreau, docteur en médecine, à Couvin, sur les avantages de l'eau de fontaine froide, employée à l'intérieur, dans la pneumonie et la pleuro-pneumonie aiguë, nous venons vous rendre compte de ce travail.

« L'auteur nous apprend qu'il a commencé, il y a deux ans, à employer cette médication, qu'il regarde comme nouvelle, chez un homme de peine atteint, à ce qu'il assure, d'une pneumonie lobulaire, lequel n'ayant pris aucun médicament et sous la seule influence de l'eau froide, ingérée dès le début de la maladie, se trouva parfaitement guéri au neuvième jour.

« Quoiqu'il croie ce fait suffisant pour démontrer incontestablement l'efficacité de l'eau froide à l'intérieur, dans les phlegmasies aiguës de la plèvre et du poumon, il ne peut cependant s'empêcher de faire remarquer la force et la puissance de cet agent comme calmant et comme hyposthénisant, et son effet prodigieux dans ces sortes d'affections. N'avoir, dans une maladie aussi essentiellement inflammatoire, aussi promptement mortelle que la pneumonie, quand les premiers symptômes ne sont pas combattus, employé que l'eau froide, et par ce seul moyen, avoir suspendu,

enchaîné cet orgasme inflammatoire, cette trivialité révolutionnaire du sang, qui aurait bientôt débordé le malade, en le menant infailliblement au tombeau, c'est un fait qui tiendrait du prodige si l'expérience n'avait constaté la valeur du moyen. Mais enfin, ajoute-t-il, les faits sont là et devant eux tout doit se courber. La méthode de M. le professeur Bouillaud, par les saignées coup sur coup, a moins de force et de promptitude et un effet moins accablant et moins terrassant. Par cette médication, on anéantit non-seulement le principe morbide qui domine la maladie, mais on donne encore le meilleur des expectorants, et l'on conduit le malade bien plus vite et d'une manière plus assurée à la guérison. Par cette méthode, que l'auteur ne peut appeler autrement que rationnelle, on n'affaiblit pas les malades par les saignées générales et locales, on n'encombre pas non plus les organes digestifs de cette masse de médicaments, de cette quantité de boissons chaudes, appelées tisanes expectorantes; on n'expose pas le malade à ces diverses formes de médications proposées par tel ou tel médecin, par exemple, la méthode de Rasori et une infinité d'autres qui servent plutôt à entraver les maladies qu'à les guérir, si toutefois elles ne deviennent meurtrières.

« Parmi une infinité de faits que M. le docteur Moreau a vus et pourrait citer, il se borne à en rapporter sept qui, malheureusement, du moins à notre avis, laissent quelque chose à désirer sous le rapport du diagnostic de la maladie. Ainsi, par exemple, dans sa septième observation, qu'il donne comme un exemple démontrant, jusqu'à l'évidence, que l'eau seule peut, dans les affections inflammatoires du poumon et de la plèvre, remplacer les moyens les plus puissants et les plus préconisés de nos jours, il est question d'un ouvrier, âgé de trente-neuf ans, d'une constitution athlétique, occupé à l'extraction et au lavage du minerai de fer. Cet homme est pris, le 15 juin 1847, pendant son travail, de frissons avec lassitude, envies de vomir et éblouissements. Rentré chez lui, il se met aussitôt au lit; environ une heure après, délire, le corps courbé sur le côté droit, réponses difficiles, yeux hagards, figure pourpre, lèvres gonflées et vermeilles, respiration embarrassée. Traitement à l'eau froide, par verre et coup sur coup. Le malade n'en avait pas ingéré deux pots, qu'un relâchement dans cette fièvre ou état inflammatoire s'était opéré. Sueurs très-copieuses.

« La nuit avait été assez passable, quoiqu'il se fût manifesté un peu de délire. Respiration moins gênée; expectoration de crachats visqueux et sanguinolents, mais difficile; douleur sourde sous le sein droit, vers la base de la poitrine. Dans toute cette

partie, absence de tout souffle respiratoire, pouls plus libre, moins fort; figure animée; langue plus humide. — *Eau froide bue abondamment.*

« *Troisième jour.* Un peu de repos pendant la nuit; sueurs copieuses, crachats visqueux et striés de sang.

« *Quatrième jour.* Mieux sensible; nuit bonne; repos pendant quelque temps; sueur, dyspnée, fièvre et malaises moindres; crachats moins visqueux et moins rouges. La respiration se fait entendre dans la partie du lobe malade; pouls petit et lent; langue belle; ventre libre; urines abondantes et naturelles; le même jour, vers quatre heures du soir, sans cause connue, le convalescent est saisi de frissons, suivis de courbature et de tous les prodromes du début de la maladie. Pendant la nuit, sueurs abondantes. Il boit à satiété sans pouvoir se rafraîchir; délire.

« *Cinquième jour.* Douleur dans le côté affecté; grande dyspnée; crachats redevenus visqueux et marqués de sang, s'attachant au vase; absence de tout râle dans le lobe inférieur. La maladie a reparu dans toute sa force; abattement; teint animé; lèvres tuméfiées; pouls élevé; soif.

« *Sixième jour.* Allègement; fièvre diminuée: pouls plus normal; toux et crachats ordinaires et plus faciles; langue humide; urines faciles et copieuses; deux selles; poitrine libre. Le malade se sent mieux.

« *Septième jour.* Nuit bonne; sueur le matin; soif moins vive, quoique le malade désire toujours de boire de l'eau froide; langue belle; urines copieuses; traits mieux composés; pouls lent et faible; les crachats sont encore visqueux mais non sanguinolents; souffles bronchiques et muqueux dans tout le lobe affecté. Prognostic favorable.

« *Huitième jour.* Crachats encore visqueux, mais plus ressemblants à ceux du rhume; respiration moins gênée; le malade ne se plaint plus; figure plus épanouie; langue humide; bon état des voies digestives; appétit.

« *Neuvième jour.* L'amélioration progresse; on entend facilement, dans le lobe malade, les râles muqueux et vésiculaire, etc.; l'homme est sauvé, n'a aucun souvenir de son état passé, et il s'étonne qu'on ait pu le guérir sans tisanes, sans médicaments, sans saignées et sans sangsues. »

« Ce tableau graphique, calqué sur la description de l'auteur, représente-t-il les symptômes et la marche qui caractérisent la pneumonie aiguë, de manière à ne laisser aucun doute dans l'esprit?

« On voit surgir d'abord une fièvre violente, d'apparence in-

flammatoire, accompagnée d'une hypérémie active de l'encéphale, sans aucun signe pathognomonique de phlegmasie pulmonaire, si ce n'est la respiration embarrassée. Au second jour, il se manifeste une expectoration de crachats visqueux et sanguinolents, une douleur sourde sous le sein droit, vers la base de la poitrine; nonobstant, la respiration est moins gênée, le pouls est plus libre, moins fort, tandis que, chose étrange et qui semble incompatible, il s'est développé sans doute, d'emblée et sans transition, une hépatisation dans toute cette partie, c'est-à-dire dans toute la base de la poitrine du côté droit, où l'on constate une absence de tout souffle respiratoire. Cependant, grâce à l'ingestion de l'eau froide, l'état du malade s'améliore avec une telle rapidité qu'il était convalescent et sans fièvre au quatrième jour, ayant le pouls lent et la respiration se faisant entendre dans la partie du lobe malade. Vraisemblablement l'hépatisation rouge ou grise, développée instantanément au deuxième jour, s'était évanouie comme par enchantement, le lendemain de son apparition.

« Mais vers quatre heures du soir du même jour, retour de la fièvre et réapparition, au cinquième jour, de la pneumonie, qui, sans passer graduellement par ses diverses phases, atteint tout à coup son apogée, puisque l'auteur signale de nouveau l'absence de tout râle dans le lobe inférieur. Au bout de trois à quatre jours, le malade était parfaitement rétabli de cette recrudescence de pneumonie au deuxième ou au troisième degré.

« Le traitement si vanté dont il s'agit, dans la pneumonie et la pleuro-pneumonie aiguës, est-il nouveau, n'a-t-il été tenté, jusqu'à présent, par aucun médecin, comme le pense M. le docteur Moreau ?

« Arétée, qui florissait il y a dix-sept siècles, en parlant du traitement de la pleurésie, dans son ouvrage sur les causes, les signes et le traitement des maladies aiguës et chroniques, s'exprime à peu près en ces termes :

« Quelques médecins imaginèrent de faire boire de l'eau froide aux pleurétiques. Je ne puis ni comprendre, ni confirmer par mon expérience, les raisons qui les y engagèrent. Si, par ce moyen, ils réussirent à sauver quelques malades, ceux-ci, à mon avis, n'étaient certainement pas affectés de pleurésie. Car dans l'inflammation du côté du thorax et dans l'intumescence de la membrane ambiante (la plèvre), non-seulement l'eau froide, mais même l'air froid inspiré est nuisible. Dans le cas où les pleurétiques, par le traitement sus-indiqué, viennent à récupérer la santé, ils continuent, pendant quelque temps, à tousser et sont incommodés par des chaleurs qui se montrent de nouveau. Il faut alors nécessaire-

ment, pour compléter la cure, déraciner tout à fait les *reliquats* qui, par leur persistance, occasionneront des récidives, ou bien se convertiront en suppuration (1).

« Le docteur De Moneta, qui a écrit en allemand un ouvrage publié à Varsovie, en 1776, recommande le froid et l'eau froide pour combattre les inflammations commençantes de la poitrine. Il attribue à la transition brusque du froid au chaud toute la série de symptômes annonçant un rhume qui commence, et il en conclut que les boissons chaudes, ainsi que les sudorifiques, sont nuisibles dans toutes les affections catarrhales, et doivent être remplacés par des moyens tout opposés. Ce médecin commença ses tentatives sur lui-même. A l'époque où son livre parut, il y avait quatre ans qu'il traitait ainsi toutes les affections catarrhales, et il n'avait pas, à ce qu'il affirme, manqué une seule fois son but. Sa confiance était si profonde dans ce traitement, qu'il le prescrivait aux vieillards aussi bien qu'aux jeunes gens et même aux nourrissons. Quand l'affection était grave, qu'il y avait fièvre et pneumonie commençante, il faisait pratiquer une saignée de plusieurs palettes. Il donnait aussi une poudre dans laquelle entraient le nitre, la crême de tartre et le sel ammoniac, mais il recommandait surtout les bains de pieds froids, qu'il regardait comme un remède excellent dans les catarrhes séreux.

« Suivant Borsieri, qui fut professeur de médecine pratique à Pavie, dans l'érysipèle des poumons et dans les pleurésies bilieuses, tant primitives que secondaires, il convient de s'abstenir de la saignée. Bertini, Martin Ghisi et Depluigue, cités par cet auteur dans ses *Institutions*, ont fait usage de l'eau froide dans la pleurésie.

« Le docteur V. Compagnano, médecin de l'hôpital central de la marine royale napolitaine, a lu, en septembre 1834, à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, un mémoire sur les effets thérapeutiques du froid dans les maladies inflammatoires de poitrine.

« Une foule d'auteurs anciens et modernes, ayant employé avec succès le froid dans le traitement d'affections diverses, voire même dans la scarlatine, l'érysipèle, la rougeole, etc., soit à l'intérieur, au moyen de l'eau froide ou à la glace, soit à l'extérieur, sous diverses formes et à divers degrés d'intensité, le médecin napolitain s'étonne que personne encore, établissant, par des expériences directes, les effets thérapeutiques du froid dans les inflammations

(1) Les accidents qui succèdent à l'administration de l'eau froide, chez les pleurétiques, ne démontrent-ils pas qu'Arétée avait entrevu la pleurésie chronique bien longtemps avant Baglivi et d'autres modernes?

de poitrine, n'ait songé à appeler sur ce point l'attention des praticiens.

« Après avoir combattu, par le raisonnement et la théorie, les motifs que l'on allègue pour considérer les bains froids comme nuisibles, aussi bien que les réfrigérants dans toute phlegmasie aiguë ou chronique de la poitrine, il dit avoir employé le froid de deux manières : à l'intérieur, au moyen de boissons froides ou même glacées, à l'extérieur, à l'aide des bains.

« Relativement à la première méthode, il ne compte plus ses succès. Il y a déjà dix ans qu'il traite toutes les pleurésies, les péripneumonies, etc., avec la neige pure, sous forme de limonade, et il assure en avoir toujours obtenu de bons résultats. Pour ne point se borner à une simple assertion générale, il cite brièvement trois observations.

« Obs. I. — Dame affectée d'une grave pneumonie, consécutive à une hémoptysie. Les saignées générales et locales, les vésicatoires, la diète lactée, etc., n'avaient apporté aucune amélioration ; elle se guérit par le fréquent usage de la neige dont elle consommait près de dix rosoli par jour (quatre rosolo pèsent environ 33 onces).

« Obs. II. — Dame de qualité qui, au dixième jour d'une péripneumonie très-grave, était près de succomber. L'expectoration s'était supprimée ; la dyspnée considérable, jointe à un râle particulier, le refroidissement des extrémités, la sueur froide et visqueuse, etc., ne laissaient aucun espoir. M. Compagnano, appelé en ce moment, fit aussitôt avaler de la neige ; à la troisième cuillerée, l'expectoration se rétablit, la respiration devint plus libre, la fièvre s'apaisa, et en persévérant dans le même moyen, administré fréquemment, la malade guérit, contre l'attente générale.

« Obs. III. — Une autre dame de qualité, atteinte au sixième mois de grossesse d'une grave pleurésie, n'avait pu arrêter les progrès de cette redoutable affection avec les remèdes les plus efficaces ; elle fut sauvée également par le fréquent usage de la neige.

« L'auteur n'a pas eu d'aussi fréquentes occasions d'expérimenter les bains froids, cette méthode ayant rencontré de plus grands obstacles, soit du coté du public, soit de la part de tous les médecins ; cependant il a pu recueillir sept observations qui en constatent indubitablement l'utilité.

« M. Compagnano termine son travail par les conclusions suivantes :

« 1° L'usage interne et externe du froid, administré avec prudence, est de la plus haute utilité dans les inflammations de poitrine aiguës et chroniques ; 2° cette méthode n'entraîne aucun inconvénient, dans les cas où l'auteur l'a déjà appliquée ; 3° son

utilité est en raison directe de l'ardeur fébrile et de la diminution de la partie séreuse du sang; 4° le froid est applicable à toutes les périodes de ces affections, même durant l'expectoration qui, loin d'en être diminuée ou supprimée, se fait au contraire avec plus de facilité; 5° cette méthode n'exclut pas les autres moyens; 6° enfin, si elle ne peut pas, dans tous les cas, vaincre les inflammations aiguës ou chroniques, celles, par exemple, qui sont entretenues par une lésion organique, un défaut de développement physique ou une diathèse indomptable, au moins résiste-t-elle toujours comme un excellent palliatif, pour diminuer l'ardeur fébrile et l'abondance des sueurs, calmer la toux et la dyspnée, et enfin pour procurer aux malades un soulagement et une prolongation de vie, qu'on n'obtiendrait par aucun autre moyen (1).

« Nous ajouterons encore, que M. le docteur Behrend, de Berlin, annonçait, il y a quelques années, avoir vu à Græffenberg, des pneumonies et des pleurésies décidées, guérissant, en trois ou quatre jours, par l'eau froide seule, sans aucune saignée.

« D'un autre coté, messieurs, il est généralement reconnu comme avantageux, admis et recommandé par tous les praticiens, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, d'administrer dans le traitement de la pneumonie, concurremment avec les émissions sanguines, des boissons aqueuses délayantes, tièdes ou chaudes, pour atténuer les fluides, disait un auteur qui écrivait sur la pneumonie à la fin du siècle dernier, abattre l'éréthisme inflammatoire, résoudre le spasme, faciliter la coction, l'expectoration, la transpiration et l'évacuation des humeurs stagnantes. Chez un pauvre paysan péripneumonique, qui n'avait eu à boire, pendant une nuit, que de l'eau froide, l'expectoration vint à se supprimer et son état s'aggrava bientôt au point qu'il mourut quelques heures après. Tissot rapporte plusieurs exemples semblables dans ses œuvres.

« Il en est de même de la pleurésie. Baglivi avait déjà observé de son temps, que les boissons froides tuaient beaucoup de pleurétiques, quoique les médecins attribuassent la cause de la mort à d'autres circonstances.

« D'après notre expérience et celle de la majorité des praticiens, nous croyons que l'on doit redouter l'usage des boissons froides dans le commencement de la pleurésie et de la pleuro-pneumonie, avant que l'expectoration soit bien établie; même alors leur usage est souvent plein de dangers et suivi de conséquences funestes. Les boissons chaudes ou tièdes conviennent mieux, sous tous les rapports. Les médecins qui suivent la mode, écrivait,

(1) *Osservatore medico di Napoli.* 1834. — *Gazette médicale de Paris*, janvier 1835, et *Encyclographie des Sciences médicales*, Bruxelles, 1835, t. xxx.

en 1791, un savant docteur italien de nos amis, ne leur donnent pas la préférence; mais combien de fois ne leur arrive-t-il pas d'être témoins des désordres causés par les boissons froides?

« En définitif, dans la supposition que, dans tous les cas relatés par l'auteur, la pneumonie ou la pleuro-pneumonie fussent bien caractérisées, et qu'on en inférât que la guérison s'est opérée sous l'influence spéciale de l'eau froide de 6 à 8 degrés centigrades, ingérée en abondance, agent énergique, puissant, susceptible de modifier profondément l'organisme et jouissant d'une vertu incontestable, ce ne serait pas, pour nous, un motif suffisant pour considérer ce traitement comme le meilleur de tous, le plus efficace, et exclusivement applicable à ces phlegmasies, ni pour l'adopter aveuglément; mais cela nous engagerait à le soumettre à une observation attentive, répétée, patiente, consciencieuse, et à accumuler des faits exactement constatés et de nature à porter la conviction dans les esprits.

« Votre Commission a l'honneur de vous proposer : 1° de déposer le Mémoire de M. le docteur Moreau dans les archives de la Compagnie, pour qu'on puisse l'y consulter au besoin; 2° d'adresser des remercîments à l'auteur pour sa communication. »

— Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Rapport de la Commission chargée d'examiner le travail de M. Seutin, *relatif à la méthode amovo-inamovible.* — M. Marinus, rapporteur.

« Messieurs,

« Notre collègue, M. Seutin, vous a présenté, comme complément à ses communications antérieures sur la méthode amovo-inamovible, un travail comprenant l'exposé complet de cette méthode, appliquée non-seulement au traitement des fractures et des luxations, mais encore à celui d'une foule d'autres maladies chirurgicales, et vous nous avez chargés de l'examiner, au point de vue de son importance et de l'utilité qu'il y aurait de le publier dans les Mémoires de l'Académie.

« Pour vous donner une idée de ce travail, nous vous dirons qu'il est divisé en trois parties.

« La première comprend des recherches historiques sur la méthode amovo-inamovible, son origine, ses points de ressemblance avec d'autres systèmes de déligation employés dans le traitement des fractures, les caractères qui la distinguent de ces derniers et en constituent une méthode nouvelle.

« La seconde partie est consacrée à la théorie de la méthode,

à l'exposition de ses principes, de ses caractères, à son mode d'action et à la description de ses divers procédés.

« La troisième partie, enfin, traite des applications cliniques de la méthode et est divisée elle-même en deux grandes classes : 1° les lésions chirurgicales, comprenant les lésions du squelette (fractures, entorses, luxations) et les lésions des tissus (plaies, amputations, résections, etc.); 2° les maladies chirurgicales (les contusions, l'érysipèle, le phlegmon, les abcès, les ulcères, les tumeurs blanches, l'arthrite, les plaies des articulations, l'hydarthrose, les cicatrices vicieuses, les difformités, les anévrysmes et les plaies artérielles, les varices, les hernies, les divers engorgements du testicule, les inflammations du sein).

« Tel est le plan suivi par M. Seutin dans l'exposition de sa méthode. Toutes les parties de l'ouvrage sont traitées avec soin et avec tous les développements que comporte un sujet aussi intéressant. Pour rendre plus faciles et plus claires ses démonstrations, il a ajouté au texte des planches représentant les procédés de sa méthode dans les différents cas.

« En résumé, nous dirons que la méthode de M. Seutin est exposée dans cet ouvrage avec tant de clarté et de détails, que l'on ne pourra plus désormais la confondre avec d'autres qui présentent avec elle quelques traits de ressemblance, mais dont les principes ne sont pas les mêmes. En mettant ainsi les praticiens à même de connaître et d'apprécier les procédés qu'il emploie avec beaucoup de succès, d'en faire, comme lui, l'application clinique, M. Seutin rend un véritable service à la science, accomplit un devoir qui mérite d'être imité par tout homme qui fait une découverte utile au genre humain.

« Vos commissaires pensent que la publication de cet ouvrage est d'autant plus opportune, que la question relative au traitement des fractures a été maintenue au concours pour l'année prochaine, et que celui-ci est de nature à éclairer les concurrents dans l'appréciation de la méthode amovo-inamovible. Ils vous proposent, en conséquence, de voter l'impression du travail de M. Seutin dans les Mémoires de l'Académie et d'adresser des remercîments à l'auteur, pour son intéressante communication. »

— Il est procédé, au scrutin, sur ces conclusions; elles sont adoptées à l'unanimité des membres présents.

Discussion de la note de M. Graux, *relative à l'autopsie d'une femme morte de métro-péritonite puerpérale accompagnée d'une déchirure du col de la matrice, faisant communiquer la cavité péritonéale avec le vagin, suivie de considérations tendant à démontrer l'utilité de procurer, dans certains cas, une issue à la matière de l'épanchement, en pratiquant une ouverture aux parois abdominales entre l'utérus et l'intestin rectum.*

— *M. Graux :* Messieurs, je crois qu'il sera nécessaire de rappeler à vos souvenirs les circonstances principales qui ont précédé la mort de la personne qui fait aujoud'hui l'objet de la discussion. Il est question d'une femme récemment accouchée et qui fut reçue à l'hôpital Saint-Pierre, offrant, à son entrée, tous les symptômes d'une métro-péritonite-puerpérale fort grave.

La gravité de cet accident, qui avait succédé à une hémorrhagie, au moment où la tête franchissait le col de l'utérus, nous engagea à rechercher si le placenta n'était pas resté dans la cavité de la matrice et ne constituait pas ainsi la cause de la maladie, caractérisée surtout par une prostration excessive, accompagnée *d'un facies* hippocratique. C'est en procédant à cette recherche, qu'une ouverture, située à la partie gauche du col de la matrice, fut rencontrée, et de cette perforation s'échappait avec bruit des bulles d'air, par la compression du ventre.

Cherchant à connaître l'étendue de cette ouverture, par l'introduction d'une sonde œsophagienne, nous parvînmes jusque dans la région hypochondriaque gauche : les arcs de cercle étendus, que nous fîmes exécuter à notre instrument, dans tous les sens, et que nous rencontrions sous les doigts à travers les parois abdominales, nous firent admettre que la sonde pénétrait dans la cavité péritonéale.

Plus tard, après avoir mis en usage le traitement indiqué dans l'observation précitée, nous fûmes dans la nécessité de pratiquer une ouverture vers le bord externe du carré lombaire, pour donner issue à de la matière purulente dont la sortie devenait difficile par l'ouverture accidentellement produite dans le vagin, à coté de la matrice; on put voir, dès lors, combien était vaste le foyer dans lequel on pouvait pénétrer, à partir du vagin.

Cette observation avait pour nous non-seulement l'intérêt d'un foyer sous-péritonéal, mais, selon nous, il existait dans le péritoine, à la région lombaire, où il se trouvait circonscrit par des adhérences de nouvelle formation.

Ce fait, ainsi envisagé, nous conduisit à nous élever à des considérations et à des applications d'une autre nature.

La femme vint enfin à succomber, après plusieurs mois d'une existence traversée par des alternatives d'améliorations et de rechutes; elle nous a plus d'une fois laissé l'espoir d'une entière guérison.

L'autopsie en fut faite par un élève interne, à qui liberté entière fut laissée de rapporter les lésions comme il le jugerait convenable et comme il les aurait trouvées; c'est donc le rapport de cet élève interne que vous trouverez dans le Bulletin de l'Académie (tome VI, page 694).

Cette autopsie ne présente guère que ce qui avait été signalé dans le diagnostic de la maladie pendant le traitement de la malade; toutefois nous ajouterons que le resserrement de l'intestin colon descendant, à la hauteur du bord du détroit supérieur, en dessous de la fosse iliaque gauche, par une bride du péritoine, mérite une attention particulière; que l'adhérence des parois abdominales avec cette région, la cicatrice noire et ratatinée de la portion du péritoine qui recouvre cette partie du détroit supérieur et qui servait à unir, à fixer la paroi antérieure de l'abdomen, pourrait provoquer de la controverse et servir à soutenir, dans toute son étendue, le diagnostic que nous avions établi d'abord, si nous n'avions plus de confiance dans l'opinion de nos collègues que dans notre opinion personnelle.

Tout en vous avouant, messieurs, que notre manière de voir sur le siége des lésions et leur étendue, n'a pas été aussi rigoureusement établie que nous l'avions cru dès le principe, nous maintenons cependant la pensée qui nous a engagé à vous soumettre cette observation, et d'en faire un principe que nous proposons de réduire et que nous réduirons en application. C'est de pratiquer une ponction entre l'utérus et le rectum, pour pénétrer vers le bassin en cas d'épanchement dans le péritoine, occupant cette excavation.

Après avoir rencontré, dans plusieurs autopsies cadavériques, des épanchements séro-purulents, occupant l'excavation pelvienne, produits, le plus souvent, par une altération locale du péritoine, nous avons dû être nécessairement amené à ne voir de traitement entouré de quelque chance de succès, qu'autant qu'on aurait recours à un moyen qui permettrait la sortie de ce corps étranger, par le point le plus déclive de son foyer. Or, messieurs, cette région offre peu d'épaisseur à traverser, elle ne présente nul danger à courir et se trouve très-favorable à l'écoulement de la collection du liquide.

Tel était, messieurs, le but de ma communication, bien que, je dois l'avouer, le diagnostic de ces épanchements soit très-difficile

à établir assez tôt; j'aurai l'occasion un jour de confirmer par la pratique ce que je suis forcé de laisser aujourd'hui à l'état de projet.

Notice sur une fistule de l'œsophage ; par le docteur Jules Ansiaux, agrégé à l'Université de Liége, professeur d'anatomie à l'Académie des beaux-arts de la même ville, chirurgien du Dispensaire ophthalmique et du Bureau central de Bienfaisance.

La variété des maladies de l'œsophage, la gravité des accidents qui les accompagnent ou qui en sont la suite, et les résultats étranges qui parfois en terminent le cours ont, depuis très-longtemps, attiré l'attention des chirurgiens. Hévin, dans son travail sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, inséré dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie, a, le premier, régularisé la thérapeutique de ces affections, en classant par ordre les faits et les observations disséminés dans les différents traités de médecine et de chirurgie. Plus récemment, MM. Mondière et Bégin ont, dans deux Mémoires importants, achevé l'œuvre de Hévin, en fixant le diagnostic des lésions nombreuses qui peuvent atteindre l'œsophage, et en reculant les bornes de la thérapeutique à leur appliquer. M. de Lavacherie, dans un Mémoire sur l'œsophagotomie, présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique et lu dans sa séance du 6 octobre 1844, est venu encore ajouter à ce qui était fait, en préconisant l'œsophagotomie, et en démontrant que cette opération est plus souvent praticable qu'on ne le croit généralement et que les chirurgiens ont le tort de ne point la tenter plus fréquemment.

Parmi les observations nombreuses et variées que contiennent les travaux que je viens de citer, ainsi que parmi celles qui se trouvent rapportées ailleurs, je n'ai point trouvé d'exemple de *fistule de l'œsophage* survenue spontanément et sans cause saisissable; un fait pathologique semblable est donc rare. En effet, si les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'œsophage citent des exemples de fistules externes de cet organe, elles sont le résultat des lésions extérieures et non d'une évolution spontanée, et le traitement à leur opposer n'est pas applicable au fait dont j'ai l'honneur d'adresser la relation à l'Académie. La rareté de cette maladie, son heureuse issue par suite du traitement mis en usage, me semblent mériter l'attention de ce Corps savant.

Vers le milieu du mois d'août 1845, M. Leguéridon, de Theux, me fut adressé par M. le docteur Dheur de cette ville. Le malade, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution robuste et doué d'un tem-

pérament sanguin, portait au côté droit du cou une fistule, située à la partie inférieure du triangle dessiné par le muscle trapèze, le faisceau sternal du sterno-cleïdo-mastoïdien et la clavicule. L'orifice de cette fistule, placé à deux centimètres environ au-dessus de cet os et vers le bord antérieur du trapèze, livrait passage aux liquides lorsque le malade buvait et mangeait, ou quand les boissons étaient chaudes.

Interrogeant le malade sur les symptômes qui avaient été observés avant sa visite chez moi, il me communiqua les renseignements suivants : Vers le commencement du mois de mars 1845, il s'aperçut qu'une tumeur, de la grosseur environ d'une noisette, se développait à l'endroit où siégeait l'ouverture de la fistule. Il attacha d'abord peu d'importance à cette tumeur qui ne lui occasionnait aucune gêne ; mais elle prit insensiblement de l'accroissement, et en viron trois mois après, elle avait acquis le volume d'un œuf de poule, présentant de la dureté, une teinte rouge foncé, enfin toutes les apparences d'un phlegmon. Le traitement prescrit, à cette époque, consista en applications de cataplasmes émollients. Au bout de quelques jours, la fluctuation étant manifeste, le docteur Dheur plongea le bistouri dans cet abcès, et son étonnement fut grand de n'en voir sortir que quelques gouttes de sang, mêlé de bulles d'air. La tumeur s'affaissa et le gonflement disparut. Le lendemain, elle était revenue, et du pus de bonne nature, mais peu abondant, s'écoulait de la plaie. Quelques jours après, le malade s'aperçut que, lorsqu'il prenait des liquides chauds, il en sortait par l'ouverture de l'abcès, tandis que les liquides froids et les aliments solides passaient librement dans l'estomac et rien ne s'échappait au-dehors. C'est dans cette dernière période que je vis le malade, et en présence de ces faits, je diagnostiquai, ainsi que mon confrère de Theux, l'existence d'une fistule œsophagienne.

Il est encore d'autres faits qui se sont passés pendant que ceux qui précèdent suivaient leur cours. Vers le mois d'avril, M. Leguéridon éprouva des douleurs lombaires et sciatiques qui furent calmées, mais non guéries, par des applications de ventouses. Vers cette époque, ce jeune homme si robuste, laborieux, d'habitudes d'une extrême régularité, maigrit beaucoup, perdit de l'éclat de son teint, qui devint pâle et terne, ressentit du dégoût pour son travail qu'il abandonna entièrement, et n'éprouva plus d'appétit. L'examen de la région lombaire, siége de la douleur dont se plaignait le malade, permit de constater à gauche une courbure de la colonne vertébrale, mais qui pouvait disparaître par la volonté du malade. Traitées par les bains de Borcette, ces douleurs que l'on attribuait à une cause rhumatismale, cessèrent; la marche qui

avait été gênée, devint facile, la colonne vertébrale se redressa, l'appétit se réveilla, la coloration normale du malade revint et il reprit ses habitudes de travail.

Quoique convaincu de l'existence d'une fistule de l'œsophage, je voulus confirmer mon diagnostic d'une manière positive et chercher à reconnaître les causes de l'apparition de cette affection.

D'abord, je fis boire au malade du vin rouge, afin de reconnaître ce liquide coloré à sa sortie. La première fois ce vin étant froid, il ne sortit rien par l'ouverture fistuleuse ; je renouvelai cette expérience avec du vin chaud, et deux gouttes se montrèrent à l'extérieur après son ingestion.

En second lieu, un stylet mousse fut introduit par l'ouverture, et parvint facilement à une profondeur de cinq à six centimètres, mais il ne put passer au delà et fut arrêté sur des parties molles. Cet instrument ne rencontra rien dans son trajet qui entravât son passage, et ne fit éprouver aucune sensation qui pût indiquer la présence d'un corps étranger.

Le stylet retiré, j'introduisis dans la fistule une sonde uréthrale n° 3, en caoutchouc ; cet instrument pénétra aisément et fut poussé dans toute sa longueur, qui était de trente-deux centimètres. La présence de cette sonde ne causait au patient ni gêne ni douleur. Voulant rendre mon exploration la plus complète possible, je poussai par l'ouverture supérieure de la sonde d'abord quelques gouttes d'une injection d'eau très-froide, et à mesure que le liquide était introduit avec la seringue, M. Leguéridon le sentait arriver dans l'estomac. Cette dernière manœuvre, renouvelée trois fois, leva tous les doutes qui auraient pu surgir quant au diagnostic de la maladie, et j'eus la preuve irrécusable de l'existence d'une fistule œsophagienne.

Quelle pouvait être la cause de cette singulière affection ? C'est ce qu'il est difficile de déterminer d'une manière satisfaisante. Le malade avait toujours joui d'une bonne santé, à l'exception des douleurs lombaires et sciatiques indiquées plus haut. Jamais il ne mangeait précipitamment et n'avait éprouvé de difficultés à avaler ; il n'avait pas eu, pendant la déglutition, de substance trop volumineuse arrêtée dans le conduit alimentaire ; jamais non plus il n'avait été sujet à des nausées et à des régurgitations, ni au rejet des boissons par les narines. Seulement depuis l'accident, lorsque le bol alimentaire passait, il éprouvait une sensation pénible et comme de froid, à l'ouverture fistuleuse ; mais c'est là le seul symptôme douloureux qu'il ait ressenti depuis l'apparition du mal.

L'examen de l'arrière-bouche et du pharynx fit voir ces organes sains; le cou palpé avec soin, dans toute son étendue, ne laissa rien sentir sous les doigts, et les mouvements de la portion cervicale de la colonne vertébrale étaient entièrement libres. Aucune maladie ne s'était développée dans les organes respiratoires; les glandes du cou avaient toujours été dans leur état normal ; on n'avait point eu à traiter de maladie du cœur et des gros vaisseaux.

Il n'y avait aucune recherche à faire relativement au passage des aliments, puisqu'ils parvenaient librement dans l'estomac, et que la sonde, introduite par l'ouverture du trajet fistuleux, n'avait pas rencontré d'obstacle lors de son introduction. Je jugeai donc inutile de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage, bien persuadé qu'aucun corps étranger n'était retenu dans ce conduit.

Malgré l'obscurité de l'étiologie de ce fait, je crois pouvoir le ranger dans la catégorie de ceux portés au cinquième tableau du Mémoire de M. de Lavacherie, intitulé : « *Corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et qui se font jour au-dehors par un abcès.* » Il se peut qu'un corps étranger peu considérable, une arête de poisson, par exemple, se soit arrêté dans l'œsophage, chez le malade qui fait le sujet de cette observation, et par un séjour prolongé, ait déterminé la formation d'un abcès qui, en se faisant jour au-dehors, aura donné naissance à la fistule existant au cou. La conformation, que présente quelquefois l'œsophage, permet de se rallier à cette opinion; car on y trouve, principalement dans la région pharyngienne, de petits enfoncements nommés *poches de gilet*, par M. Schaz, où les corps étrangers peuvent séjourner et se loger. Mais comme nul symptôme indiquant la présence d'un corps étranger dans l'œsophage, pas plus que son rejet à l'extérieur, n'a été signalé, comme cela a été observé dans d'autres circonstances, on pourrait peut-être contester la justesse de cette supposition. Ce qui pourrait cependant diminuer la valeur de cette objection, c'est que l'on possède des faits nombreux qui prouvent que des corps étrangers ont séjourné dans ce conduit, sans que ceux qui en étaient porteurs s'aperçussent de leur présence; témoin ce soldat qui avalait des écus de six livres, rendus quelques jours après par les selles, et qui n'éprouvait aucun signe de leur ingestion dans le canal alimentaire. Gastellier rapporte aussi le fait d'un écu de six livres resté pendant dix mois dans l'œsophage, sans accidents.

D'autre part, on voit fréquemment des substances étrangères se décomposer par la suppuration et disparaître insensiblement sans laisser de traces de leur présence. Rien n'empêche d'admettre que quelque chose de semblable soit arrivé dans le cas qui nous oc-

cupe, où probablement le corps étranger qui a été la cause de la fistule de l'œsophage, appartenant à une substance alimentaire animale dont les éléments constitutifs ont la plus grande analogie avec les nôtres, aura été détruit par la suppuration développée par sa présence dans les tissus du cou.

Il n'est pas impossible qu'une ulcération circonscrite de cet organe ait pu amener la formation d'un abcès sous-œsophagien qui se serait fait jour au-dehors; mais pour accorder à cette hypothèse une entière confiance, il manque un symptôme observé dans le cas d'ulcération de l'œsophage : c'est la douleur qui se fait ressentir dans le point ulcéré et que les malades comparent quelquefois à celle que produirait un fer rouge, comme l'indique l'observation de Robouam, qui parle d'un sujet portant une ulcération au cardia. Jamais M. Leguéridon n'a éprouvé de douleur dans toute la portion cervicale du conduit alimentaire. Enfin, rien ne s'oppose à croire que le corps étranger puisse avoir été entraîné au-dehors à l'insu du malade.

Malgré la possibilité de toutes les causes énoncées ci-dessus, malgré la probabilité de leur existence et leur valeur diagnostique, la cause certaine et positive de l'apparition de cette fistule reste encore fort douteuse et permet de croire à la spontanéité de sa production.

Le traitement fut des plus simples : comme les aliments parvenaient dans l'estomac avec la plus grande facilité, je prescrivis seulement au malade de s'abstenir de boissons chaudes, et je lui conseillai d'employer la compression, me réservant de pratiquer des cautérisations si ce moyen, dans lequel j'avais d'ailleurs peu de confiance, venait à échouer. La distance qui me séparait du malade ne me permettait pas d'agir autrement en ce moment. On procéda de la manière suivante : une compresse graduée, assez forte, fut placée entre l'ouverture fistuleuse et le faisceau sternal du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, puis fixée par des tours de bande autour du cou. D'après la position du bandage, la compression ne s'exerçait que sur la partie recouverte par la compresse graduée, et la bande placée autour du cou n'exerçait qu'un faible effort sur lui et ne gênait nullement le malade. Ce traitement si simple réussit parfaitement ; la fistule ne tarda pas à se fermer ; seulement de temps en temps il se formait une espèce d'ampoule, de la grosseur d'une petite noisette, que le malade ouvrait lui-même avec la pointe de son canif ou avec une épingle; il en sortait un peu de sérosité, puis elle se refermait. Ces ampoules se reproduisirent à des intervalles plus éloignés, et depuis le mois

de janvier 1846, la fistule est entièrement oblitérée ; la cicatrisation s'est constamment maintenue jusqu'à ce jour dans un état de solidité parfaite.

Si la compression n'avait produit aucun résultat, je me proposais de pratiquer des cautérisations, et voici le procédé que j'avais l'intention d'employer.

Une indication se présentait d'abord : c'était l'introduction d'un crayon de nitrate d'argent dans le conduit fistuleux ; mais cette manière d'opérer n'était point praticable, vu l'étendue du conduit et son calibre étroit. Ensuite on n'avait pas la certitude de parvenir à la profondeur voulue. Ce procédé si simple et d'une exécution si facile ne pouvant être employé, j'imaginai alors de recourir au suivant :

Employer un porte-caustique dans le genre de celui de Ducamp, composé d'une sonde en caoutchouc n° 3, ouverte à ses deux extrémités, renfermant un mandrin flexible plus long qu'elle de deux centimètres, terminé, à son extrémité interne, par une petite cuvette remplie de nitrate d'argent fondu, et muni, à son extrémité externe, d'un bouton qui permît de le mouvoir et de le faire tourner en tous sens.

L'opération aurait été divisée en deux temps : 1° introduire la sonde munie de son porte-caustique, jusqu'au fond du trajet fistuleux, probablement jusque dans l'œsophage ; 2° parvenu à ce point, le porte-caustique aurait été poussé hors de la canule protectrice et l'instrument retiré lentement dans cette position, en ayant toutefois le soin de faire exécuter des mouvements de rotation au porte-caustique, afin de mettre le nitrate d'argent en contact avec tous les points du trajet fistuleux, et par là amener une inflammation adhésive des parois de ce canal de formation anormale. Mais heureusement, la compression seule, méthodiquement pratiquée, a suffi pour débarrasser M. Leguéridon de son infirmité, et il ne fut pas nécessaire d'expérimenter ce moyen nouveau, que je propose pour une semblable occasion.

La cautérisation par le nitrate d'argent a déjà été mise en usage dans le traitement des maladies de l'œsophage, et les résultats favorables de l'emploi de ce caustique, par les chirurgiens anglais Everard Home, Andrew, Ch. Bell, Macilwain et autres, malgré l'essai malheureux de Galetta, en 1789, démontrent positivement son utilité, et écartent les craintes qu'on aurait pu concevoir de son application sur la paroi œsophagienne. Mais la position des malades traités par les chirurgiens anglais n'était pas la même ; ils étaient porteurs de rétrécissements de l'œsophage, et non d'une

fistule communiquant avec cette partie du canal alimentaire. Et je ne pense pas que l'on ait mis en usage le traitement que je propose et que je considère comme nouveau pour ce dernier genre de maladie. Si des cautérisations, sur un organe aussi important du tube digestif, ont pu être faites sans danger et sans suites fâcheuses pour le malade, il n'y a pas de doute que l'application immédiate du sel lunaire, sur un simple trajet fistuleux, eût pu amener son oblitération par la modification si puissante, que ce caustique apporte sur les tissus avec lesquels il est mis en contact.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

MARS. 1848.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	729,62	5,2	9,3	3,3	7,52	SO.-OSO.	Pluvieux par intervalles, vent fort.
2	732,74	3,9	8,3	— 3,7	3,69	SSO.-ONO.	Pluvieux.
3	751,13	4,6	5,5	3,7	8,91	ONO.-NNE.	Nuageux.
4	760,07	3,4	6,9	1,7	0,38	NO.-ONO.	Assez beau.
5	756,69	3,2	7,6	1,0	»	ONO.-SSO.	Nuageux; beau le soir.
6	754,37	3,8	7,9	1,2	»	SSO.-SSE.	Nuageux.
7	753,90	2,8	8,0	1,5	3,82	OSO.-E.	Pluie et neige le matin; beau le soir.
8	765,71	0,7	3,3	3,0	0,25	E.-OSO.	Beau.
9	758,65	2,9	4,3	1,7	3,18	SO.-OSO.	Pluvieux.
10	747,04	7,6	8,2	4,2	6,12	OSO.-ONO.	Pluvieux, bourrasques.
11	733,83	5,3	9,2	2,3	15,28	OSO.	Pluie et vent fort.
12	727,88	4,1	8,0	1,4	4,46	OSO.-SO.	Nuageux et vent.
13	735,82	4,0	7,2	2,3	3,44	SO.-NO.	Variable, pluie.
14	747,77	4,7	9,7	0,7	0,64	NNO.-NNE.	Assez beau.
15	752,40	4,3	10,8	3,1	»	NNO.-ONO.	Beau.
16	743,92	6,1	9,5	4,5	3,31	SSE -OSO.	Couvert, pluvieux.
17	744,91	6,4	9,5	3,7	6,49	SSO-S.	Beau.
18	744,11	6,3	10,5	2,6	»	S.	Beau le matin ; pluvieux le soir.
19	738,32	7,1	10,0	— 2,9	5,35	SSO.-SO.	Variable, pluie.
20	737,30	6,6	10,2	2,9	0,76	SSO.-SO.	Beau le matin ; pluvieux le soir.
21	732,94	8,1	11,5	6,2	4,46	SO.-OSO.	Variable, pluie, grêle, vent fort.
22	748,96	5,6	9,6	3,1	0,51	OSO.	Nuageux; pluie le soir.
23	752,98	10,1	12,5	7,3	1,27	OSO.	Assez beau, vent.
24	758,03	8,7	14,3	7,4	»	OSO.-ONO.	Pluvieux.
25	759,26	7,3	11,0	5,8	2,55	NO.	Pluvieux.
26	757,03	8,2	10,3	6,0	»	NO.-O.-SSO.	Couvert.
27	753,51	9,5	14,0	7,2	»	SSO.-SSE.	Beau.
28	755,10	11,3	14,9	9,1	0,25	SO.	Très-beau.
29	756,61	13,9	16,3	9,1	»	SO.-SSO.	Couvert ; pluvieux le soir.
30	757,03	13,6	17,1	9,5	5,99	SSO.-SO.	Très-beau, chaud.
31	758,15	15,6	19,6	9,2	»	SO.-SE.	Superbe, chaud. La végétation se développe rapidement.

DE LA GOUTTE MILITAIRE ET DE SON TRAITEMENT (1);

Par le docteur Ch. PHILLIPS de Liége.

Il est une incommodité légère en apparence, en réalité grave par ses effets; souvent l'origine de pénibles préoccupations pour les malades, et ordinairement la cause de profondes altérations de l'appareil génito-urinaire.

Cette incommodité, c'est un faible écoulement de l'urèthre, vulgairement nommé *goutte militaire*.

Ce *presque rien*, comme l'appellent ceux qui en sont atteints, est comme un défi jeté à la médecine, dont l'impuissance devant ce mal est démontrée par la grande quantité de médicaments successivement employés sans succès.

Sans doute le danger n'est pas toujours imminent ; on peut avoir longtemps cette goutte sans que la santé en soit modifiée ; mais, dans la majorité des cas, elle porte le trouble dans les fonctions génitales, ce qui cause aux malades de sérieuses inquiétudes.

Il est donc nécessaire de s'occuper du traitement de cette maladie : d'ailleurs, il est presque toujours réclamé avec instance lorsque le mal a fait quelques progrès.

Il y a des malades qui ont cette goutte depuis des années, sans souffrir d'aucun trouble fonctionnel : tout à coup, après un excès de table ou de coït, le mal localisé réagit sur la santé générale d'une manière fâcheuse, en portant le trouble dans les fonctions de l'appareil urinaire.

Pendant la première période, cette maladie se dévoile par des signes peu apparents. L'on voit au méat urinaire une quantité variable d'un liquide plus ou moins épais, plus ou moins coloré, plus ou moins filant ; le matin, en s'éveillant, les malades pressent entre les doigts l'extrémité du gland, ils font sortir du canal une certaine quantité de liquide purulent, épais, ou semblable à de l'eau gommée. Ils examinent avec une attention extrême l'urine qu'ils rendent en se levant, et qui entraîne en passant ce qui reste de mucosités dans le canal. Ces mucosités apparaissent sous la forme de filaments allongés ; c'est ce que les malades appellent des vers qui nagent dans l'urine ; c'est ce qui les occupe beaucoup.

Chez quelques sujets, la goutte paraît seulement le matin, et, pendant le reste de la journée, le canal reste sec.

Dans d'autres circonstances, c'est pendant le jour que la sécrétion est plus abondante ; alors la goutte ne reste pas dans la fosse naviculaire; elle mouille le linge, et elle forme des plaques dont

(1) Nous empruntons au Bulletin de thérapeutique ce mémoire de notre compatriote.

le centre, épais et jaune, est entouré d'une aréole semblable à une solution de gomme.

Ces variétés de consistance, de couleur et de quantité, sont sans importance; elles sont le résultat de causes plus ou moins directes, et dont le retour est périodique.

Ainsi, par exemple, un repas plus excitant, une longue marche, une érection longtemps prolongée, un trop long espace de temps pour l'émission de l'urine, sont autant de causes qui modifient cet écoulement.

En résumé donc, que la goutte soit faible ou forte, la maladie existe.

Il est néanmoins une distinction importante à établir, importante surtout pour la direction à donner au traitement.

Le liquide sécrété est ou filant, comme une solution gommée, ou épais comme du pus. Dans le premier cas, on peut de suite assurer que le siége du mal est dans la portion spongieuse de l'urèthre; et, dans le second, qu'il est dans la courbure, c'est-à-dire dans cette partie qui comprend la portion membraneuse et la portion prostatique. La forme du jet de l'urine sert aussi, comme nous le verrons plus loin, à déterminer le siége du mal.

Je dois dire cependant que l'on voit fréquemment la portion courbe être seule affectée, tandis que la portion droite l'est rarement seule, surtout lorsque la maladie est déjà d'une date ancienne.

L'on est aussi souvent consulté par des hommes qui n'ont d'autre maladie qu'un très-faible suintement, qui ne sort pas, qui ne tache pas le linge, mais qui colle l'une contre l'autre les lèvres du méat urinaire. Cet excès de la sécrétion prostatique est sans importance; et c'est ce qu'il faut persuader aux malades, qui se préoccupent beaucoup de cet état, et qui veulent se soumettre à toute espèce de traitement.

Comme ce fait particulier a trop peu d'importance pour que l'on s'en occupe avec détails, je me hâte de dire que je l'ai surtout remarqué chez les sujets blonds, lymphatiques ou affaiblis. Ils ont pris avec avantage le sirop d'iodure de fer.

Généralement, les malades ne souffrent pas de cette incommodité, et, si ce n'est quelques démangeaisons dans la longueur de l'urèthre ou bornées seulement au méat urinaire, ils ne s'en aperçoivent que par les taches qu'ils laissent sur le linge.

Ils pissent aussi avec facilité; aucun obstacle ne paraît s'opposer à la libre sortie de l'urine.

Mais l'accomplissement de cette fonction, *sans gêne apparente*, est la cause principale de la longue erreur où restent le malade et le médecin.

Tel est le premier degré de cette maladie. Enfin, d'une manière lente, progressive, le malade ressent quelques élancements dans le méat urinaire. Ces sensations, vagues d'abord, sont de plus en plus nettes, et elles se reproduisent à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Combien de fois des hommes du monde, étant en soirée, assis à une table de jeu, par exemple, ne portent pas subitement la main à la verge pour presser le gland afin de faire cesser ces *inquiétudes!*

Ces démangeaisons, ces élancements vagues font place bientôt à une chaleur qui parcourt la portion courbe de l'urèthre, et alors il se déclare un besoin d'uriner si impérieux, que le malade ne peut le dominer; il laisse échapper quelques gouttes d'urine dans ses vêtements, et il recouvre ainsi une tranquillité momentanée.

Chez certains malades, ce calme dure une ou deux heures, enfin un temps indéterminé.

Déjà, à ce degré, la maladie a non-seulement altéré les fonctions urinaires, mais elle a retenti dans l'appareil génital, dont les organes sont amoindris.

Les érections sont moins fréquentes, elles sont aussi moins franches. Le gland augmente de volume, mais son extrémité reste molle, en un mot, cette érection incomplète ressemble à l'érection flasque des nègres. L'urèthre acquiert une sensibilité exagérée, particulière, et d'un caractère tel, que ces sujets sont dans l'impossibilité d'accomplir convenablement l'acte du coït. Au moindre contact de la femme, l'éjaculation a lieu, et souvent avec douleur.

Dans cet état, les malades ont des préoccupations qui ressemblent à une monomanie; ils n'avouent leur commencement d'impuissance qu'avec embarras, il sont honteux d'eux-mêmes, ils entrent à ce sujet dans des détails qu'il faut avoir entendus pour y croire. Ils sont poursuivis par une idée fixe, toujours la même. Pendant le jour, occupés des affaires les plus sérieuses, ils s'échappent pour aller comprimer le gland et voir la quantité de liquide sécrété; le matin, en se réveillant, c'est encore leur première pensée. Des hommes d'un esprit élevé ont sur ce sujet les idées les plus excentriques; ces inquiétudes si vives, et de tous les instants, sont presque un délire partiel.

A ce degré, la maladie est assez grave pour exiger toute l'attention du médecin, et c'est aussi à ce moment que les malades viennent demander des soins.

Je ne dois pas m'occuper ici de la troisième période de cette affection, parce qu'elle est commune aux désordres consécutifs aux

rétrécissements, et que nous aurons occasion d'en parler longuement en étudiant ces derniers.

J'ai seulement voulu démontrer que le premier degré de cette maladie doit être pris en sérieuse considération, tandis que, par son innocuité apparente, on l'a presque toujours abandonnée à elle-même.

Afin de ne laisser aucun doute sur le but de ce travail, je pose d'abord mes conclusions :

La goutte militaire est le résultat d'une diminution du calibre de l'urèthre ; diminution produite par un rétrécissement *commençant* par une valvule ou bride, ou par une *contracture* des faisceaux musculaires qui enveloppent la portion courbe de ce canal.

Lorsque l'on formule de cette manière son opinion à un malade, voici invariablement les réponses que l'on reçoit :

— Il ne peut pas y avoir de rétrécissement, car j'urine facilement ; d'ailleurs, mon médecin a passé une grosse sonde dans le canal, et il n'a rien rencontré.

D'autres disent : — J'urine beaucoup et sans douleur. — Et lorsqu'on les presse pour savoir la mesure approximative de ce *beaucoup*, on voit que c'est *souvent* qu'ils éprouvent le besoin d'uriner, c'est-à-dire qu'ils ne vident jamais complétement la vessie.

Évidemment si l'on acceptait comme vraies les paroles du malade, et comme exacte et précise l'exploration du médecin, il faudrait ou abandonner tout traitement, ou recommencer la série des innombrables et inutiles médicaments qui ont été préconisés contre cette maladie.

Il faut donc, avant toutes choses, faire une exploration de l'urèthre plus attentive, plus précise que celle que l'on est dans l'habitude de faire, et il faut employer des explorateurs plus sensibles que ne le sont, par exemple, la première sonde ou la première bougie qui vous tombent sous la main.

Parmi les causes de cette maladie, il en est une qui a peu fixé l'attention des chirurgiens. C'est la déviation du canal de l'urèthre. Cette déviation est le résultat de la rétraction inégale des tissus ou de la contracture des muscles qui embrassent la portion courbe de ce canal. Lorsqu'une inflammation existe, depuis un temps non déterminé, dans des tissus environnés par des muscles, elle se communique à ces muscles, qui bientôt se raccourcissent, et ne se distendent plus tant que dure cette inflammation ; c'est la contracture. Si l'inflammation persiste plus longtemps, le muscle est modifié dans sa texture ; il prend un autre aspect, ses fonctions sont

altérées : c'est la rétraction. Cette rétraction se fait d'autant plus rapidement que les tissus sont plus vasculaires ; et nul n'est plus propre à subir cette transformation rapide que le tissu érectile de l'urèthre.

Dans les maladies de cet organe, l'inflammation n'est pas également distribuée dans tous ses points, et surtout elle ne les a pas envahis tous dans le même temps. Il résulte de cette différence de durée et de cette différence d'énergie une rétraction plus forte sur un point que sur un autre, et une contracture plus active dans un muscle que dans un autre. Cette différence d'action détermine des courbures accidentelles du canal, et par suite sa déviation.

Il est, au reste, facile de donner la preuve de ce fait. Lorsque, par une exploration attentive, l'on n'a découvert dans le canal aucune trace de rétrécissement, aucune trace de valvule, et que néanmoins l'écoulement persiste ; si l'on place une bougie molle, en cire, de six à sept millimètres de diamètre, pendant une demi-heure environ, l'on voit, en la retirant, indépendamment des courbures naturelles, une déviation plus ou moins considérable de la portion courbe du canal. Cette déviation commence toujours à l'union de la portion spongieuse et de la portion membraneuse. Je l'ai vue quelquefois dévier d'un centimètre ; elle forme ainsi une courbe latérale, ayant un centimètre de flèche.

Il est évident que cette modification du canal le place à peu près dans les mêmes conditions que lorsqu'il y a une valvule, c'est-à-dire que, la force de projection de l'urine étant inégalement répartie, il y a toujours un ou deux points de la courbure qui sont plus énergiquement frappés que les autres, et, par suite de la fréquente répétition de cette cause, l'inflammation tend sans cesse à s'augmenter.

Avant que d'explorer le canal, il faut faire pisser le malade. On peut déjà acquérir la connaissance du siége du mal par la forme du jet de l'urine : lorsqu'il est en spirale, tortillé en tire-bouchon, ou bifurqué, le mal est situé dans la portion courbe de l'urèthre ; lorsque, au contraire, le jet est large, aplati, épais sur les bords, très-mince dans le centre ; lorsqu'il est, comme le disent les malades, en lame de couteau, le mal est dans la portion droite, dans la portion spongieuse.

(La suite à un prochain numéro.)

MÉLANGES.

HÔPITAUX MILITAIRES DE BELGIQUE. — ÉLÈVES-MÉDECINS.

Par arrêté royal du 29 mai, le ministre de la guerre est autorisé à nommer des élèves soldés qui seront attachés aux hôpitaux et à la pharmacie centrale, suivant les besoins du service. Nul ne sera admis en qualité d'élève-médecin s'il n'est au moins candidat en sciences. Nul ne sera admis en qualité d'élève-pharmacien s'il n'a deux ans d'études comme pharmacien. Au moment de leur nomination, les élèves soldés contracteront un engagement de six ans; ils compteront pour la solde et le pain comme soldats dans un des corps de l'armée. Ceux qui se distingueront par leur zèle et leur manière de servir, pourront, après dix mois de service, recevoir la solde de sergent d'infanterie. En cas de vacances dans les emplois de médecins et de pharmaciens, les élèves soldés seront admis de préférence; mais ils ne pourront être brevetés que s'ils satisfont à toutes les conditions imposées par les articles 3 et 6 de la loi du 10 mars 1847. Les élèves soldés seront assimilés pour le rang aux sous-officiers de l'armée ; ils porteront l'uniforme des officiers de santé, moins les broderies.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. *Hémoptysie intermittente* ; par M. HENRI GINTRAC, docteur médecin praticien, chef de clinique interne à l'École préparatoire de médecine.

(Journal de Médecine de Bordeaux, mars 1848.)

La périodicité régulière est une forme qui se retrouve souvent dans l'état maladif. Par sa présence elle lui imprime un cachet particulier et exige une thérapeutique spéciale. Dans notre contrée, où les fièvres intermittentes sont si fréquentes, il n'est pas rare de voir cette périodicité intervenir dans les affections les plus graves. Je désire faire connaître un cas d'hémoptysie intermittente observée à la clinique interne, les faits de ce genre bien constatés n'étant pas encore nombreux.

OBS. — Jean Bonnet, âgé de 23 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, demeurant à Bordeaux, est doué d'une bonne constitution ; il a longtemps joui d'une bonne santé. Quelques douleurs rhumatismales, dont il a été plusieurs fois atteint, n'ont jamais eu qu'une courte durée. Depuis un an, la fièvre intermittente a été l'affectiou principale. D'abord sous le type tierce, plus tard sous le type quotidien, elle a persisté avec une grande ténacité. Le sulfate de quinine n'avait qu'un succès momentané, le retour des accès avait lieu dès que l'action de l'anti-périodique semblait épuisée.

Bonnet entre à l'hôpital le 14 juillet 1847. Des douleurs rhumatismales occupent diverses parties du corps, principalement les bras, les genoux et l'abdomen. En ce dernier lieu elles sont plus vives, superficielles, augmentent par la pression. Aucun phénomène particulier ne dénote des souffrances de la part des organes digestifs. La langue est dans l'état naturel, il y a de l'appétit, point de nausée. Les organes renfermés dans la cavité

abdominale n'offrent point de développement appréciable. Les selles sont normales. La poitrine ne fournit aucun signe morbide : sauf une légère toux sèche, on n'observe ni dyspnée ni douleur dans les côtés, même lors d'une profonde inspiration. La percussion donne un son parfaitement clair dans tout le thorax, et le bruit respiratoire n'est nullement altéré. Les battements du cœur sont réguliers ; le pouls donne soixante pulsations. (*Deux ventouses scarifiées sur l'abdomen ; tisane d'orge.*)

Pendant les huit jours suivants, la douleur avait disparu, le pouls n'offrait aucune fréquence, le sommeil était fort calme ; en un mot une amélioration sensible, ou plutôt la guérison, paraissait s'effectuer, lorsque le 22, *à cinq heures du matin*, Bonnet est réveillé par un frisson qui se prolonge pendant une heure environ, et auquel succède de la chaleur ; en même temps, sans aucun effort, sans douleur préalable, a lieu une hémoptysie abondante. Le liquide expectoré était d'un rouge vermeil, mêlé à des mucosités blanchâtres. A sept heures le crachement de sang avait cessé. Au moment de la visite, à neuf heures, le malade était dans un calme très-grand, le pouls ne donnait que soixante-deux pulsations. Il n'y avait ni toux ni douleur, pas même de sécheresse ou de chaleur le long du sternum, aucune apparence de dyspnée. La percussion, l'auscultation, pratiquées de nouveau avec grand soin, ne permirent de découvrir aucun vestige de lésion. Néanmoins il fut prescrit (*saignée du bras ; un vésicatoire à la cuisse ; thridace* 0,20 ; *extrait thébaïque et acétate de plomb* ãã 0,05 *en six pilules ; eau de gomme*).

Le soir, le malade conservait la même quiétude ; le pouls était toujours aussi régulier ; on ne trouvait aucune strie de sang dans les crachats ; le caillot fourni par le sang de la saignée était mou et sans couenne.

Le 23. Le matin à cinq heures, à la suite d'un frisson, comme le jour précédent, survient encore une hémoptysie aussi abondante, formée par un sang rouge vermeil. Aucun symptôme précurseur n'avait annoncé son invasion. La nuit avait été bonne, le frisson seul avait provoqué le réveil ; le crachement de sang dure deux heures, et le calme reparaît. A neuf heures, moment de la visite, ce sang répandu sur le crachoir est le seul phénomène morbide que présente le malade. Inspection des gencives, de la bouche ; de nouveau percussion, auscultation, tout est inutile pour trouver le siége d'une lésion quelconque. Le pouls est à soixante pulsations. La physionomie du malade ne dénote aucune souffrance. (*Eau de gomme avec sirop de grande consoude ; sinapismes aux jambes.*)

Le soir, absence de fièvre, point de sang dans les crachats, bien-être parfait.

Le 24, après une nuit excellente, réveil encore le matin par un frisson, qui est suivi d'une hémoptisie absolument semblable à celles des jours précédents. Sous le rapport de la quantité, de la nature, de la durée, il y a l'analogie la plus exacte. Les phénomènes absolument identiques à ceux de la veille reparaissent, c'est-à-dire cessation du crachement du sang vers sept heures, un peu de chaleur à la peau, puis calme très-grand. Encore à la visite on cherche quelques traces de lésion dans un point de l'économie, partout les organes sont muets. (*Potion avec extrait mou de quina* 2,0, *sulfate de quinine* 0,80, *extrait thébaïque* 0,05.)

Le soir, état parfaitement normal.

Le 25, vers cinq heures du matin, a lieu un frisson de courte durée. Quelques crachats en ce moment sont teints d'une faible quantité de sang; mais peu d'instants après, cessation de toute hémorrhagie et apparence d'intégrité parfaite de tous les viscères. (*Potion avec extrait mou de quinquina* 2,0, *sulfate de quinine* 0,60.)

Les jours suivants, on n'observe aucun retour de l'hémoptysie, la santé du malade, qui d'ailleurs n'avait point été altérée, se maintient bonne. Le sulfate de quinine est donné à doses décroissantes, et le 10 août Bonnet sort de l'hôpital.

L'hémoptysie intermittente n'est pas admise par tous les pathologistes : ce fait pourra donc rencontrer quelques contradicteurs. Cependant je puis assurer qu'il a été recueilli avec exactitude et avec un esprit dénué de tout système. Le deuxième jour, la périodicité fut soupçonnée par mon père, et c'est pour cela que la médecine expectante fut adoptée. Il fallait savoir attendre. Mais le troisième jour , les phénomènes morbides reparaissaient absolument semblables sous tous les rapports, l'hémoptysie revenait à la même heure, entourée des mêmes circonstances. L'intermittence était donc bien réelle. Du reste, la médication a justifié le diagnostic. Cet état, qui avait résisté à la saignée, aux révulsifs, aux astringents, a cédé par l'emploi du quinquina et du sulfate de quinine. Une particularité que signalent les auteurs s'est retrouvée ici. Ces affections périodiques rares ne se montrent qu'aux époques où les fièvres intermittentes sont communes. Or, dans le mois de juillet, les fièvres sous tous les types sont fort nombreuses, elles remplissent à l'hôpital la plus grande partie du cadre nosologique. Le génie intermittent domine la pathologie. En même temps que nous avions sous les

yeux ce fait d'hémoptysie, nous observions plusieurs céphalées périodiques et une pneumonie dont la marche était également intermittente. Dans ces divers cas, le sulfate fut employé avec succès.

---

2. *Colique végétale* (1) *observée à Paris ;* par M. Valleix, médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe), etc.

(L'Union médicale, Nos 55 et 56.)

Rien de plus obscur pour nous que cette maladie, à laquelle on a donné le nom de colique végétale, colique de Madrid, de Devonshire, de Cayenne, du Poitou, de Béribéri, de névralgie du grand sympathique, etc. Existe-t-il, en effet, une colique que l'on puisse attribuer à l'usage de certaines boissons (cidre, poiré, vin) non falsifiées par des substances minérales, et en particulier par le plomb? Est-ce à l'existence du plomb dans ces liquides qu'il faut rapporter les accidents? N'est-ce ni à l'une ni à l'autre de ces causes qu'on doit attribuer la maladie décrite sous tant de noms divers, mais bien à l'influence du froid et de l'humidité? Voilà les principales questions qui se présentent à nous quand nous avons parcouru les relations présentées par les auteurs nombreux qui ont été à même d'observer cette colique. Or, tout le monde convient que la solution de ces questions est encore difficile. Chacune d'elles nous offre des raisons pour et des raisons contre, qui ont laissé indécis les hommes les plus compétents. Cette indécision est grande surtout parmi nous, qui n'avons presque jamais l'occasion d'observer des faits semblables ; du moins, c'est ce que l'on doit conclure du silence de nos traités de pathologie et de nos recueils périodiques sur ce point. Dans cet état de la science, j'ai pensé qu'on lirait avec quelque intérêt les deux observations suivantes, que j'ai recueillies il y a peu de temps, et les réflexions qu'elles m'ont suggérées. Peut-être aussi la lecture de ces faits éveillera-t-elle l'attention de nos confrères, qui, trouvant des cas du même genre, les feront connaître et pourront ainsi jeter un grand jour sur ce sujet obscur. Nul doute, en effet, qu'avec les connaissances précises que nous possédons aujourd'hui, sur toutes les maladies nerveuses ou non qui ont des symptômes communs avec la colique végétale, on n'arrivât bientôt, si on pouvait en observer attentivement un certain nombre de cas, à établir définitivement la véritable

(1) Je me sers, pour désigner la maladie, du nom de colique végétale, qui est le plus généralement connu. Je discuterai plus loin l'importante question étiologique qui divise les principaux auteurs à ce sujet, et l'on verra alors si ce nom doit être conservé ou rejeté.

étiologie de la maladie et à lui assigner sa place dans le cadre nosologique.

Les deux faits que j'ai observés jour par jour, et en général plusieurs fois dans la journée, doivent être présentés avec d'assez grands détails, car tout est sujet à discussion dans la symptomatologie de cette affection.

Colique végétale chez une femme enceinte ; ictère consécutif ; guérison.

Obs. I. — Le 20 mars 1848, je fus appelé auprès de Mme F..., rue Richer, 27, qui éprouvait depuis quelques jours, mais surtout depuis la veille, des coliques d'abord sourdes et rares, puis plus vives et presque continuelles. J'appris que depuis trois ou quatre jours les selles étaient supprimées et que les urines étaient rares et épaisses ; l'appétit était perdu depuis la même époque ; la soif était vive, et il y avait, depuis la veille, des vomissements fréquents, soit des boissons immédiatement après leur ingestion, soit d'une certaine quantité de bière reconnaissable à sa couleur jaune et à sa saveur amère, lorsqu'il y avait un certain temps que la malade avait bu. Elle éprouvait un sentiment de plénitude dans la région épigastrique. La nuit précédente, les douleurs avaient occasionné une insomnie complète. Du reste, il n'y avait eu ni crampes, ni convulsions, mais seulement une assez forte agitation qui forçait la malade de changer à chaque instant de position dans son lit.

Je trouvai Mme F... dans l'état suivant : facies exprimant une vive anxiété ; traits un peu tirés ; face pâle ; yeux entourés d'un cercle noirâtre et ayant une expression douloureuse. Le décubitus est ordinairement dorsal, mais dans l'espoir de trouver du soulagement, la malade se couche par moments, tantôt sur un côté tantôt sur l'autre. L'abdomen est volumineux ; Mme F... est enceinte de cinq mois. L'utérus a son développement normal pour l'époque de la grossesse où la malade est parvenue. La main appliquée sur l'abdomen ne sent aucune contraction utérine ; par moments on sent le déplacement brusque de l'enfant, qui depuis le commencement de la maladie a *remué* aussi fréquemment qu'auparavant. L'oreille, appliquée sur le côté gauche de l'abdomen, perçoit le souffle placentaire ; dans cette première observation, je ne peux trouver les doubles battements du cœur. Le toucher étant pratiqué, je trouve le col faisant une saillie assez considérable dans le vagin, un peu mou, mais nullement dilaté.

L'abdomen est douloureux à la pression dans toute son étendue ; il l'est davantage dans les deux flancs et surtout dans la

région épigastrique. Que la pression soit exercée avec l'extrémité des doigts, ou avec la main largement ouverte, la douleur est toujours produite aussi vive. Des douleurs spontanées, ayant la forme de coliques, se font sentir à la fois dans tout l'abdomen, mais plus vivement dans les flancs et à l'épigastre; elles arrachent des plaintes à la malade, et c'est sous leur influence qu'elle s'agite comme je l'ai dit plus haut. La région épigastrique est un peu tuméfiée; elle est très-sonore à la percussion.

La soif est vive, l'appétit est nul. Il y a des éructations assez fréquentes et des nausées presque continuelles. La plus petite quantité de tisane ou de bouillon détermine le vomissement. Depuis ce matin, il y a eu plusieurs vomissements bilieux, principalement au moment où la malade voulait changer de position. Point de selles; cependant la malade éprouve une sensation semblable à celle qui annonce le besoin de la défécation; elle a même essayé vainement de satisfaire ce besoin. Urines rares, peu abondantes, d'un rouge sale, chargées.

La respiration est un peu accélérée; la percussion et l'auscultation ne font reconnaître rien d'anormal. Le pouls est peu développé, un peu mou, à 104 pulsations. (*Solution de sirop de groseilles*; *fragments de glace à faire fondre dans la bouche*; *lavement d'eau de lin*; *potion avec* 0,05 *grammes d'extrait d'opium*; *cataplasmes sur l'abdomen*; *diète.*)

Le soir (20 mars), il y a eu une selle peu abondante, composée de matières dures, après le lavement. Les coliques persistent; il y a très-peu de changement. (*Un quart de lavement d'eau de guimauve avec laudanum de Sydenham*, 8 *gouttes et camphre délayé dans un jaune d'œuf*, 0,25 *grammes.*)

Le 21. Le matin, je trouve Mme F... un peu moins souffrante; mais il y a eu peu de sommeil la nuit. Les coliques ont persisté, quoique un peu moins fréquentes. L'abdomen est toujours sensible à la pression. Les vomissements ont cessé environ trois heures après l'usage de la glace. Les traits expriment toujours la souffrance et la langueur. (30 *grammes d'huile de ricin; cataplasmes laudanisés sur l'abdomen*; *continuer la potion calmante et le lavement.*)

Je trouve, en outre, M. F... malade et offrant des symptômes semblables à ceux de sa femme, mais beaucoup plus intenses. Je me borne à noter ici ce fait qui m'a éclairé sur la nature de la maladie de Mme F...; plus loin je donnerai l'observation du mari.

Le soir, la malade a eu cinq selles liquides; elle éprouve un

peu de soulagement ; mais aucun des symptômes précédemment indiqués n'est complétement dissipé.

Le 22. Les coliques sont un peu moins vives ; il y a environ deux heures de sommeil, cette nuit, à plusieurs reprises. L'épigastre est toujours tendu et sonore ; éructations, parfois nausées. L'anorexie continue. La langue est souple, blanche, humide. Goût d'hydrogène sulfuré à la bouche après le lavement, qui contient un jaune d'œuf. L'utérus est toujours dans le même état. Il n'y a pas de contractions utérines. L'enfant remue fréquemment. J'entends le bruit de souffle placentaire et les doubles battements du cœur du fœtus. (*Même prescription ; un lavement purgatif l'après-midi ; un simple lavement laudanisé le soir, sans camphre et sans jaune d'œuf.*)

Le 23. La douleur qui existait dans les flancs a notablement diminué ; mais elle est encore vive à l'épigastre et très-intense vers l'hypochondre droit, où la plus légère pression est insupportable. La percussion fait reconnaître que le foie déborde les côtes d'un centimètre et demi environ. Les sclérotiques offrent une teinte jaune-safranée, et une légère teinte jaune-citrin se fait remarquer au cou et à la partie supérieure de la poitrine. Soif plus vive ; la chaleur de la peau est un peu élevée ; la nuit, il y a eu une légère sueur. Le pouls est à 108, toujours petit et dépressible. Les urines ont une teinte rouge-brun foncé et un aspect un peu huileux. (16 *sangsues à la région du foie ; lavement purgatif ; lavement calmant le soir ; une pilule de* 3 *centigrammes d'extrait gommeux d'opium ; le reste idem.*)

Le 24. L'ictère a fait des progrès ; la face est d'un jaune assez intense ; la couleur jaune-citrin a gagné l'abdomen, les bras et les cuisses. La douleur hépatique a notablement diminué ; le foie ne déborde plus que d'un demi-centimètre environ. L'épigastre et les flancs sont toujours douloureux, et les coliques persistent, quoique avec un peu moins d'intensité. Le lavement purgatif n'a produit qu'une selle, après laquelle il y a eu un peu de soulagement. Les matières rendues sont grisâtres. Le sommeil n'a pas été meilleur. Le pouls est à 112 ; la chaleur de la peau est toujours un peu élevée. (*Une bouteille d'eau de Sedlitz ; lavement purgatif l'après-midi ; deux pilules de* 5 *centigrammes d'extrait gommeux d'opium ; le reste idem ; deux bouillons.*)

Le 25. La teinte ictérique est intense partout. La soif est toujours vive ; anorexie ; ni nausées, ni vomissements. Les coliques persistent ; quatre selles liquides, hier matin, après l'eau de Sedlitz. Vers quatre heures du soir, violentes coliques, étouffements, sensation de gonflement à l'épigastre, éructations, agi-

tation très-grande. Le lavement purgatif procure une nouvelle selle, à la suite de laquelle il y a eu un grand soulagement. La nuit, un peu plus de sommeil. La fièvre persiste. (*Même prescription, moins l'eau de Sedlitz.*)

Le soir, il n'y a pas eu de selles; une nouvelle atteinte de coliques a lieu dans l'après-midi ; le lavement purgatif les dissipe comme la veille.

Le 26, l'ictère persiste avec la même intensité; mais les autres symptômes ont notablement diminué; les jours suivants, la maladie présente principalement les caractères de l'ictère fébrile, et, par conséquent, je ne dois plus les décrire en détail. Je dirai seulement que la constipation a dû être combattue pendant sept ou huit jours encore à l'aide des lavements purgatifs; que les coliques ont eu par moment de la tendance à se reproduire; que l'appétit s'est rétabli très-lentement; que les forces, très-abattues, n'ont permis d'abord à la malade de se lever que pendant une demi-heure ou une heure ; que, la première fois, il y a eu une demi-syncope qui a forcé la malade de se recoucher aussitôt, et que, le 6 avril, la faiblesse était encore grande. Dès les derniers jours de mars, l'ictère a commencé à diminuer, mais il n'était pas encore dissipé le 20 avril, époque à laquelle la malade est partie pour la campagne.

Réflexions. — Les symptômes principaux que nous présente cette observation sont évidemment des coliques presque continuelles et opiniâtres, une douleur occupant toute l'étendue de l'abdomen, mais plus vive dans certains points, une constipation rebelle, des vomissements, des éructations, une sensation de plénitude à l'épigastre, et enfin un ictère fébrile avec des signes d'inflammation du foie.

J'avoue que, si ce cas se fût présenté isolément à mon observation, il ne me fût très-probablement pas venu à la pensée qu'il pouvait s'agir d'une colique végétale ou nerveuse. L'ictère qui s'est manifesté après quelques jours de durée de la maladie aurait sans doute fixé exclusivement mon attention, et je lui aurais rapporté les symptômes gastro-intestinaux qui s'étaient montrés avant son apparition. On sait, en effet, que l'ictère, soit simple, soit symptomatique d'une inflammation du foie grave ou légère, est ordinairement précédé d'anorexie, de douleurs épigastriques et même de constipation. Ce n'est que l'invasion de la maladie de M. F... qui m'a donné l'idée d'une colique végétale; et l'on verra, par la lecture de l'observation suivante, si j'ai eu raison de l'envisager ainsi.

Que si, maintenant, nous considérons l'affection sous ce point

de vue, nous trouvons que rien dans le caractère des symptômes et de leur marche ne s'oppose à ce que nous la regardions comme identique à celle qui a été observée à Cayenne, dans le Poitou, en Normandie, etc. Le sentiment de tension épigastrique, la douleur occupant les diverses régions de l'abdomen, les vomissements, les éructations, les coliques, la constipation rebelle, la rareté des urines, l'oppression, l'agitation, l'insomnie, sont, en effet, des phénomènes qui appartiennent à la colique végétale.

Quant à l'ictère qui a suivi l'apparition des premiers symptômes, loin d'éloigner l'idée d'une affection de ce genre, il ne fait que la confirmer ; car, si l'on consulte les écrits des médecins qui ont étudié la colique végétale, on voit que l'ictère s'y trouve mentionné, et dans l'ouvrage de M. Ségond, en particulier, nous voyons que, sur vingt et une observations, il en est dix qui nous offrent l'exemple d'un ictère évident. (*Essai de la névralgie du grand sympathique*, Paris, 1837.) Au reste, c'est là un nouveau point de ressemblance entre la colique de plomb et la colique végétale ; car on sait que dans la première l'ictère se montre aussi , quoique moins fréquemment.

Le gonflement du foie, que j'ai constaté à l'époque où la région hépatique est devenue très-douloureuse, prouve qu'il y a eu un certain degré d'inflammation de cet organe ; mais ce n'est pas là encore un motif d'exclusion, car on en voit un exemple frappant dans un cas rapporté par M. Ségond (obs. XIII), et le gonflement de l'hypochondre droit est mentionné dans plusieurs descriptions et notamment dans celle de Huxham (*Essai sur les fièvres ;* traduct. Paris 1765). Je sais bien que, dans un assez bon nombre de descriptions générales de la maladie, on ne voit pas que l'attention ait été fixée suffisamment sur les symptômes bilieux ; mais les observations doivent avoir beaucoup plus de poids, à nos yeux, que les descriptions générales, et les exemples que j'ai cités suffisent pour appuyer l'opinion précédemment émise. D'ailleurs, toutes les descriptions ne sont pas muettes sur ce point, et l'on voit la coloration jaune de la face et des conjonctives signalée comme un phénomène ordinaire dans la *colique de Madrid*, à laquelle les auteurs espagnols ont donné le nom de *entripado* et *constipado*.

L'état de grossesse dans lequel se trouvait la malade ne contribua pas peu, dans les premiers moments, à m'empêcher de reconnaître le vrai caractère de la maladie, déjà si difficile à déterminer. Je croyais, en effet, que ces douleurs si fréquentes, occupant principalement le pourtour de l'utérus, et se faisant aussi sentir parfois à l'hypogastre, pouvaient être l'indice d'un

trouble utérin qui devait faire craindre un avortement. L'absence de toute perte et de toute contraction utérine, la non dilatation du col, sa longueur, les mouvements libres du fœtus, me rassurèrent bientôt; et ainsi que je l'ai dit plus haut, l'affection de M. F... vint définitivement m'éclairer sur ce cas difficile.

Jusqu'à présent je n'ai pas parlé de la cause de cette affection, et cependant c'est là une question bien importante, car de sa solution dépend l'opinion que nous devons nous faire de la nature de la maladie. Mais je ne veux aborder ce point qu'après avoir rapporté l'observation de M. F..., parce que la cause ayant été commune, il convient de la rechercher à l'occasion des deux faits. Je dirai seulement ici, pour mémoire, que M. et Mme F... ne buvaient depuis plus de six mois que du cidre fabriqué à Paris. Nous rechercherons plus loin si ce cidre contenait quelque substance nuisible, et quelle est la part qu'il faut lui attribuer dans la production de la maladie.

Quant au traitement, on a vu qu'il a été principalement composé de purgatifs et de calmants. Quelques sangsues sur la région du foie, pour calmer les accidents hépathiques, sont à peu près le seul moyen qui ne rentre pas dans ces deux ordres de remèdes. L'état de grossesse ne m'a pas permis d'employer ce traitement avec une grande énergie; et peut-être est-ce là ce qui explique la longue durée du mal, bien que les symptômes n'eussent pas une très-grande intensité.

Dans la seconde observation, on trouvera un traitement bien plus actif, parce que rien ne m'empêchait d'agir avec vigueur, et l'on verra aussi des symptômes de la plus grande violence céder beaucoup plus rapidement.

Mais il est temps de présenter cette observation, dans laquelle la maladie dont il s'agit est beaucoup mieux caractérisée, et qui complète, pour ainsi dire, la première.

Je dois rappeler, avant de commencer cette observation, que l'invasion de la maladie, dans ce cas, a suivi de près celle du cas précédent, et que j'ai observé les deux malades en même temps.

Colique végétale intense; rechute après quelques jours d'une première convalescence; emploi de purgatifs énergiques et de l'opium; guérison.

Obs. II. — M. F... est d'une forte constitution, d'un embonpoint ordinaire, bien musclé. Il n'a jamais eu de maladie semblable à celle dont il présente aujourd'hui les symptômes. Il est habituellement d'une très-bonne santé.

J'apprends que, depuis le commencement de l'été 1847, il a été bu, presque exclusivement chez lui, du cidre provenant d'une fabrique du faubourg St-Denis. Il en a bu journellement en assez grande quantité, sans cependant en faire excès.

Avant-hier, étant de garde, il s'est fatigué. Hier, il a éprouvé un peu de malaise, mais ce malaise était très-supportable. Ce matin des coliques assez violentes se sont manifestées et je trouve le malade dans l'état suivant :

Etat actuel le 21 *mars.* M. F... souffre depuis trois ou quatre heures du matin ; cependant il s'est levé ; mais il est obligé de se tenir courbé et il applique les deux mains sur son ventre. Je l'examine après l'avoir fait coucher.

Face pâle ; traits profondément altérés ; expression de vive souffrance. Les yeux sont languissants. La langue est large, souple, humide, légèrement blanchâtre ; la soif est médiocre. Le malade a eu des éructations fréquentes, quelques nausées et un vomissement de matière verte, amère, évidemment bilieuse. Sentiment de tension dans tout l'abdomen ; mais suivant vers l'épigastre et dans les deux hypochondres. L'abdomen est légèrement tendu et sonore partout, mais principalement dans la région épigastrique, où le son obtenu par la percussion est tympanique. La pression exercée légèrement sur tous les points de l'abdomen est douloureuse, mais surtout vers les deux fosses iliaques et à l'épigastre. Des coliques, se faisant sentir principalement vers ces derniers points, se reproduisent presque toutes les minutes. Supportables le plus souvent, elles sont par moments tellement violentes, que le malade est obligé de se courber fortement en avant et qu'il est en proie à la plus vive anxiété. C'est presque toujours à la suite de ces accès de colique qu'ont lieu des éructations qui procurent un léger soulagement.

La pression, pratiquée méthodiquement sur les bords de la colonne vertébrale et le long du trajet des nerfs intercostaux, ne fait pas reconnaître les points douloureux caractéristiques de la névralgie dorso-intercostale.

Depuis hier matin, il n'y a pas eu de selles ; le malade a cru plusieurs fois qu'il éprouvait le besoin d'aller à la garde-robe, mais il s'y est présenté inutilement.

Les urines sont rares ; peu denses ; le malade éprouve une certaine difficulté à uriner.

Ce matin, il y a eu quelques crampes douloureuses dans les mollets ; elles ont eu lieu presque constamment pendant les accès de violentes coliques.

La respiration est un peu accélérée et anxieuse. La percussion

et l'auscultation ne font reconnaître rien d'anormal. Le pouls est peu élevé, facilement dépressible, régulier, à 80 pulsations. La peau est fraîche et n'est jaune nulle part; les sclérotiques ont leur couleur normale; les gencives ne présentent pas le liséré ardoisé qui se remarque chez les sujets atteints de colique de plomb. (*Eau d'orge miellée*; 5 *centigrammes de tartre stibié et* 25 *grammes de sulfate de soude, à prendre dans un verre d'eau; fomentations émollientes sur l'abdomen*; *diète.*)

Le soir, le malade a vomi quatre ou cinq fois; mais il n'a pas eu de garde-robes. Il n'y a pas de soulagement sensible; les coliques et les crampes ont été aussi fréquentes. (*Lavement purgatif*; *une pilule de* 5 *centigrammes d'extrait gommeux d'opium, qui sera réitérée la nuit si l'anxiété et l'insomnie l'exigent.*)

Le 22 mars. Hier, après le lavement, une selle pénible de matières dures, peu abondantes. Cette nuit, les coliques ont été très-fréquentes; le sommeil a été presque nul, bien que les deux pilules aient été prises.

Ce matin, l'état ne s'est pas sensiblement amendé; les éructations sont devenues fréquentes, l'épigastre est un peu tendu, et cependant le malade se plaint principalement des douleurs qu'il ressent dans les deux flancs et dans l'hypogastre. Les crampes ont été un peu moins fréquentes. Les urines sont toujours rares, faiblement colorées et non chargées. Pour tous les autres symptômes l'état reste le même. (60 *grammes d'huile de ricin*; *frictions sur l'abdomen avec un liniment laudanisé*; *cataplasmes laudanisés.*)

Le soir, il y a eu seulement deux selles liquides, mais très-peu abondantes. Le malade a éprouvé plus qu'auparavant la sensation d'aller à la garde-robe sans pouvoir satisfaire ce besoin. Il n'y a cependant pas de douleur rectale bien prononcée. Du reste, même état. (*Lavement purgatif*; *trois pilules d'opium de* 0,05 *grammes*; *eau de chiendent*; *continuer les frictions et les cataplasmes laudanisés.*)

Le 23. Il y a eu une nouvelle selle liquide après le lavement, mais toujours très-peu abondante. Les coliques et les crampes se sont apaisées ensuite pendant deux ou trois heures; mais la nuit, elles se sont reproduites avec une nouvelle intensité. Le sommeil a été presque nul, bien que les trois pilules aient été prises.

Ce matin, le malade souffre beaucoup. Je le trouve couché presque en travers de son lit, et par moments il change brusquement de position en poussant des gémissements. Les traits sont fortement altérés; la face est toujours pâle; les sclérotiques présentent une légère teinte jaunâtre. Les extrémités sont froides; la température est normale dans le reste du corps. La tension de

l'abdomen est la même. La pression sur le trajet des nerfs intercostaux fait toujours constater l'absence des points douloureux qui caractérisent la névralgie. (*Trois gouttes d'huile de croton, en six pilules, à prendre une à une à dix minutes d'intervalle; lavement purgatif quand les pilules commenceront à agir; continuer le reste de la prescription.*)

Le soir, le malade a eu cinq ou six selles liquides assez abondantes. Les coliques sont beaucoup moins vives. Les accès sont beaucoup moins fréquents. La tension du ventre est moins considérable. Les urines ont été un peu plus abondantes. La face est moins altérée ; son expression est plus naturelle. (*Même prescription qu'hier au soir, sauf le lavement purgatif.*)

Le 24. L'amélioration constatée hier soir continue; cette nuit, il y a eu environ trois heures de sommeil. Les coliques ont été moins nombreuses et moins violentes.

Ayant envoyé à M. Mialhe, qui a bien voulu en faire l'analyse, une bouteille du cidre que buvaient M. et Mme F... j'apprends qu'il ne contient aucune trace de plomb ni d'aucune autre substance métallique ; que c'est seulement un cidre de mauvaise qualité, fait probablement avec des pommes moitié vertes et moitié pourries, et dans lequel, pour masquer le mauvais goût, on a mis une grande quantité de mélasse ou de sirop de dextrine.

Du 25 mars au 1er avril. L'amélioration a fait des progrès continuels. Le 26, les selles étaient redevenues faciles et naturelles, ainsi que les urines. Il ne restait plus qu'un sentiment de contusion dans l'abdomen, une assez grande faiblesse et un défaut presque complet d'appétit. Le 28, M. F... a voulu sortir pour ses affaires, malgré mon avis ; il a, dès ce moment, abandonné tous les médicaments, et notamment les lavements purgatifs, que je lui avais recommandé de continuer pendant sept ou huit jours. Cependant, le 29, le 30 et le 31, il a pu faire ses courses sans souffrir notablement, n'ayant qu'un peu de difficulté à aller à la selle. Mais dans la nuit du 31 mars au 1er avril, les coliques sont revenues. Légères d'abord, elles sont devenues intenses le matin, et je trouve le malade dans l'état suivant :

Le 1er avril. Face pâle, exprimant une vive souffrance et presque de l'effroi. Agitation ; le malade change souvent de position. Les coliques reviennent fréquemment; le ventre présente les mêmes phénomènes que précédemment, et tous les symptômes décrits plus haut se sont reproduits, sans en excepter les crampes. Les éructations sont fréquentes ; il y a eu des vomissements verts et amers; l'oppression épigastrique est plus considérable que jamais. Le pouls est à 92 pulsations, peu développé, dépres-

sible, régulier. (*Une bouteille d'eau de Sedlitz; un lavement purgatif lorsque l'eau de Sedlitz commencera à agir; potion opiacée; cataplasmes laudanisé; frictions sur l'abdomen avec le baume tranquille; deux pilules d'opium; eau de chiendent.*)

Je revois le malade vers quatre heures de l'après-midi. Il n'a eu que trois selles avec l'eau de Sedlitz et le lavement. Plusieurs fois il s'est mis sur le bassin sans évacuation. Cependant il est beaucoup plus calme.

Le soir, à onze heures, j'apprends que vers sept heures et demie les accidents ont repris une très grande intensité. Les coliques ont été beaucoup plus violentes qu'elles ne l'avaient jamais été. En mon absence, on a été chercher un confrère, qui a prescrit une application de quinze sangsues sur l'épigastre. Les sangsues coulent encore.

A quatre heures du matin, on vient me chercher. Les sangsues n'ont produit aucune amélioration; les accès de colique ont une violence extrême. Le malade se jette à droite et à gauche dans son lit; quelquefois il se courbe en avant, de manière à ce que sa tête touche presque ses pieds. Les yeux sont largement ouverts, un peu hagards. Du reste, tous les autres symptômes sont tels que je les ai décrits plus haut, et un nouvel examen me fait reconnaître qu'il n'y a pas de névralgie intercostale. Froid des extrémités; pouls à 104. (*Trois gouttes d'huile de croton en six pilules; lavement purgatif; un vésicatoire au bas du sternum qu'on pansera avec 2 centigrammes d'hydrochlorate de morphine; frictions, cataplasmes laudanisés sur l'abdomen; trois pilules d'opium.*)

Le 2. L'huile de croton et le lavement purgatif ont produit des selles nombreuses. Un soulagement marqué a suivi de près les premières évacuations. Il a été ensuite en augmentant. Ce matin, le malade est beaucoup plus calme. Le ventre est médiocrement tendu. Les accès de colique sont rares et beaucoup moins intenses. La face exprime la fatigue, mais non la douleur et l'effroi. Les yeux ont une légère couleur jaune.

Le malade, à qui la demande d'examiner le cidre a donné l'idée d'une intoxication, s'imagine que de l'absinthe dont il prend tous les jours un petit verre avant son dîner peut contenir une substance nuisible. Quoique je ne partage pas ses craintes, je prie encore M. Mialhe d'examiner cette liqueur, et l'analyse nous apprend qu'elle ne renferme, en effet, aucune substance vénéneuse. (*Pilules de croton comme dans la nuit; tous les autres moyens sont continués.*)

Le 3. Le mieux est plus prononcé encore que la veille. Pouls à 92, un peu moins faible; chaleur de la peau naturelle. (*Deux*

gouttes de l'huile de croton; le reste idem; deux bouillons.)

Le 4. Cinq selles liquides. Le malade a pu se lever un peu hier. Il n'a plus de coliques; les urines sont abondantes. La couleur jaune des yeux est un peu moins marquée; pouls à 84. (*Encore deux gouttes d'huile de croton; le reste idem; deux potages, poisson.*)

Le 5. La convalescence est déclarée. L'appétit se rétablit assez lentement, et la faiblesse est assez considérable. Je conseille de continuer pendant sept ou huit jours le lavement purgatif, et dès ce moment la maladie marche chaque jour vers la guérison.

Je revois le malade la veille de son départ pour la campagne; il est encore un peu faible, et son appétit est peu développé; mais les selles sont régulières et les coliques n'ont pas reparu.

Réflexions. Si l'on se rappelle les descriptions de colique végétale les plus célèbres, on trouvera au cas que je viens de rapporter une identité parfaite avec elles. Qu'on lise la description de la *colique du Poitou*, par Citois (*De nov. et pop. apud Pictones dol. col. bilioso. diatriba*, 1639); celle de Bonté (*Journ. de méd.*); celle de Huxham (*Coliq. du Devonshire*); celles de MM. Marquand (*Journ. compl.*) et Pascal (*Journ. des progr.*, 1827), auteurs qui ont étudié la colique de Madrid; enfin celles de M. Vasse, pour la *colique de Normandie* (citées dans le *Traité des maladies de plomb*, par M. Tanquerel des Planches), et de M. Ségond pour la *colique de Cayenne* (*loc. cit.*), et l'on verra que les symptômes, la marche de la maladie, les effets du traitement, ont été absolument les mêmes. Il n'est pas, en effet, jusqu'à la rechute que nous avons observée qui ne soit un des accidents fréquents de la colique végétale.

Mais après avoir fait l'histoire de ce second cas, il est temps de s'occuper de l'étiologie, et de voir ce qu'il faut penser des opinions des auteurs à ce sujet.

Le nom de colique végétale, donné à cette affection par un grand nombre d'auteurs, indique quelle était, il y a un certain nombre d'années, la manière de voir la plus générale sur ce point. Ce sont les boissons qui ont été principalement accusées de produire les accidents graves dont on vient de lire la description. Ainsi, Huxham n'hésite pas à regarder l'abus du cidre, dans le Devonshire, comme la cause de la colique nerveuse; Citois attribuait cette maladie aux vins blancs du Poitou; plusieurs médecins ont accusé les vins d'Espagne, bien que d'autres aient rapporté les accidents à l'usage immodéré des glaces et des fruits; M. Vasse, tout en reconnaissant que dans la Basse-Normandie la colique est fréquemment produite par la litharge

contenue dans le cidre, croit cependant « que les cidres les plus purs peuvent occasionner la maladie. » (Tanquerel, *loc. cit.* t. 1er p. 278).

Il est certain que M. et Madame F... ont fait un long usage de cidre de mauvaise qualité ; mais il est certain aussi qu'ils n'en ont jamais fait abus. D'un autre côté, leur fils âgé d'environ neuf ans, qui a usé de la même boisson, n'a offert rien de semblable. Cette circonstance, que je n'avais pas encore mentionnée, est d'un grand poids. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il n'est pas nécessaire, pour admettre l'existence d'une intoxication produite par un long usage d'une substance, que tous les membres d'une famille en soient atteints ; d'abord, en effet, il peut y avoir des natures réfractaires, et en second lieu, les doses proportionnelles, qui ont été prises, peuvent avoir été très-différentes.

Quelles sont maintenant les autres causes qui auraient pu produire de pareils accidents? Il n'en est qu'une seule que nous devions invoquer, c'est l'influence du froid humide. Déjà Citois et Sydenham avaient fait remarquer l'action de la constitution de l'atmosphère sur le développement de l'affection qui nous occupe, et ils avaient noté que cette espèce de colique se produit principalement lorsqu'il existe des variations brusques de température et que le corps fortement échauffé se trouve rapidement refroidi.

Plusieurs des médecins qui ont observé à Madrid et de ceux qui ont exercé dans les pays chauds donnent à la maladie la même origine ; mais aucun n'a autant insisté sur ce point que M. Ségond (*loc. cit.*) Pour lui, l'abus des liqueurs fermentées et principalement des boissons acerbes, l'usage immodéré des fruits, la convalescence, la faiblesse, etc., peuvent placer l'organisme dans les conditions les plus favorables à la production de la colique ; mais la seule cause efficiente se trouve dans les vicissitudes atmosphériques, si remarquables dans les pays chauds à certaines époques de l'année, et principalement dans le pays où il a observé.

Il nous est facile de nous rappeler l'état de l'atmosphère pendant toute la durée de la maladie de M. et Madame F... La pluie a été presque incessante et nous avons eu un froid humide continuel. Il n'y a pas eu de vicissitudes atmosphériques dignes d'être notées. Serait-ce donc à la seule influence du froid humide qu'il faudrait attribuer cette maladie ? Le logement occupé par les malades n'est ni froid, ni humide ; c'est là tout ce que je peux dire. Je fais remarquer, du reste, que, relativement à cette cause,

on trouverait encore l'objection, si c'en était une, de l'immunité de l'enfant.

L'analyse ayant prouvé qu'il n'y avait, dans les boissons, aucune substance toxique, il serait inutile de mettre en question l'existence d'une colique saturnine, malgré l'extrême ressemblance des symptômes.

Je viens d'exposer ce que nous apprennent ces faits relativement à l'étiologie. Je n'ai pas eu certainement la prétention de trancher la question ; mais je le répète, il m'a paru utile de citer ces faits, afin qu'on puisse les rapprocher de ceux qui pourront se présenter ultérieurement.

Je ne crois pas que personne ait pu penser un seul instant à l'existence d'une inflammation intestinale ou péritonéale. D'une part la constipation, de l'autre la violence des coliques et l'absence de la fièvre, ne permettent pas de s'arrêter à cette idée.

J'ai observé, maintes fois, des douleurs d'estomac très-vives, revenant sous forme de coliques parfois atroces, avec vomissements opiniâtres ; mais dans ces cas, la douleur spontanée était bornée à l'épigastre et aux hypochondres, et de plus la pression faisait reconnaître les points douloureux de la névralgie intercostale. Chez M. F... l'exploration, ayant été faite avec soin, a démontré l'absence de la névralgie intercostale et l'extension des douleurs à tout l'abdomen.

On ne peut se refuser à admettre l'existence d'une névrose ; mais doit-on, avec M. Ségond, regarder la colique comme le résultat d'une névralgie du grand sympathique ? Cet auteur ayant pratiqué plusieurs autopsies et ayant trouvé les ganglions nerveux tuméfiés, rouges, ponctués de jaune, offrant des duretés cartilagineuses, a placé dans ces ganglions le siége du mal, et a conclu à l'existence de la névralgie. Avant M. Ségond, M. Pascal avait donné une description des ganglions nerveux thoraciques et abdominaux absolument identique, et si c'est là réellement la lésion caractéristique de cette colique, c'est à cet auteur qu'il faut rapporter l'honneur de cette découverte. Mais les autres auteurs n'ont pas fait encore la même observation, et c'est un fait qui ne me paraît pas suffisamment vérifié. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que, si la maladie qui nous occupe était bien une névralgie du grand sympathique, cette névralgie différerait très-sensiblement de celles que nous connaissons, en ce que les lésions trouvées à l'ouverture du corps y seraient infiniment plus fréquentes. Remarquons, d'ailleurs, que ces lésions annoncent une affection de longue durée; car, comment admettre que les duretés cartilagineuses ont pu se produire en quelques jours ?

Or, plusieurs des autopsies ont été pratiquées chez des sujets qui n'ont pas eu une affection très-longue. On voit, par conséquent, que tout n'est pas dit, à beaucoup près, sur ce point.

Un mot maintenant sur le *traitement*. Il est évident que les calmants n'ont eu qu'un effet palliatif et un effet peu notable. Quant à l'émission sanguine locale qui paraissait si bien indiquée à cause de la douleur excessive de l'épigastre, elle n'a eu aucun effet, et c'est au purgatif énergique que j'ai prescrit, à l'huile de croton, qu'il faut rapporter l'amélioration rapide qui s'est manifestée et la guérison définitive de M. F... Quant à madame F..., l'état de grossesse dans lequel elle se trouvait ne me permettait pas d'agir aussi énergiquement. Aussi l'amélioration a-t-elle été beaucoup plus lente, bien que la colique fût beaucoup moins intense.

Cette action si marquée de l'huile de croton n'est-elle pas un trait de ressemblance de plus entre cette affection et la colique de plomb ? C'est au point qu'on se demande si la colique produite par le plomb ne peut pas aussi se produire spontanément. Si cette manière de voir était regardée comme juste, à combien de discussions ne mettrait-elle pas fin ! Ce qui porterait à penser qu'il existe une névrose, une névralgie particulière, si l'on veut, qui tantôt se produit sous l'influence du plomb, et tantôt sous l'influence d'autres causes non suffisamment connues, c'est que M. Vasse (*loc. cit.*) a vu cette maladie se manifester avec des caractères absolument identiques, chez des sujets qui buvaient du cidre chargé de litharge, et chez d'autres qui buvaient du cidre pur. Ne voyons-nous pas l'hydrophobie non rabique qui se produit spontanément, ou plutôt sous l'influence de causes morales, offrir tous les caractères de l'hydrophobie rabique ? Et serait-ce trop forcer l'analogie que de dire : les cas cités plus haut sont à la colique de plomb ce que l'hydrophobie spontanée est à la rage communiquée ?

---

3. *Mémoire et observations sur l'acrodynie sporadique*; par M. Raimbert, médecin adjoint des hospices de Châteaudun.

(Revue médico-chirurgicale, mai 1848.)

Du mois de Juin 1828, jusque vers la fin de 1829, il régna épidémiquement à Paris une maladie qu'aucun médecin ne paraissait avoir rencontrée jusqu'alors. Elle atteignit un grand nombre de personnes ; elle sévit toujours dans les quartiers populeux, sur les individus pauvres, sur les hommes plus que sur les femmes. Elle épargnait les enfants. Ses symptômes principaux consistaient en des picotements, des fourmillements, des élancements extrê-

mement douloureux dans les pieds et les mains, accompagnés d'une rougeur plus ou moins vive des extrémités ; et, d'une manière accessoire, en des troubles d'une intensité variable du côté du tube digestif. Cette affection fit peu de victimes, quoique les traitements variés qui lui furent opposés aient été le plus souvent inefficaces. Son caractère insolite frappa tous les observateurs qui la décrivirent dans les recueils périodiques de l'époque. Personne n'avait encore rencontré à l'état sporadique une affection semblable, et ce ne fut que dans les annales de la science qu'on put trouver quelques épidémies qui lui fussent comparables, et offrissent avec elle des analogies plus ou moins éloignées. Les uns l'assimilèrent à la maladie décrite par Linnée sous le nom de *Convulsio Rhaphania*, et que cet auteur attribuait au mélange de graines de moutarde aux céréales ; les autres à la *colique du Poitou* ou *Rachialgie végétale*, dont l'usage des vins acides fut accusé d'être cause ; quelques-uns à la maladie convulsive et maligne qui régna dans la Hesse en 1596, et dans les deux siècles suivants en Angleterre et dans plusieurs contrées de l'Allemagne, et qui fut mise sur le compte du seigle ergoté. Mais il fut reconnu que ni le mélange de graines de moutarde ou du seigle ergoté aux céréales, ni l'usage des vins acides ou altérés avec de la litharge, n'en étaient la cause. Des médecins la considérèrent comme une inflammation ou une lésion de la moelle épinière ; l'autopsie de quelques malades prouva qu'il n'en était rien. Pour d'autres, elle n'était qu'un érythème lié à un embarras ou à un catarrhe gastro-intestinal, et à des douleurs convulsives ou rhumatismales ; opinion beaucoup plus plausible que les précédentes, et appuyée sur les effets habituels des variations et de l'humidité prolongée de l'atmosphère, fréquentes pendant ces deux années, et sur l'influence des affections gastriques sur la production de certaines maladies cutanées ; mais à laquelle on pouvait objecter, que l'érythème et les douleurs des pieds et des mains se montraient souvent, sans qu'aucun trouble des voies digestives se fût manifesté avant ou après leur apparition. Enfin on la regarda comme une maladie nouvelle qu'on appela *acrodynie*. Cette dernière opinion semble avoir prévalu, car c'est sous ce nom qu'elle se trouve décrite dans la deuxième édition du Dictionnaire de médecine ; c'est aussi à ce titre, et sous la même dénomination que M. Rayer l'a placée à la fin de son *Traité des maladies de la peau* (t. II, p. 890), à côté de la pellagre, dans le groupe des maladies pellagreuses.

Quoi qu'il en soit des opinions sur la nature et les causes de cette affection, une maladie inconnue jusqu'alors venait de se

produire à l'état épidémique. Était-ce bien là cependant une maladie nouvelle et se présentant pour la première fois à l'observation, ou, si l'on tient à l'assimiler aux épidémies dont nous avons parlé, une maladie ne s'étant encore montrée que sous la forme épidémique? N'était-ce pas plutôt une affection sporadique rare, dont les cas, par suite d'un concours de circonstances insaisissables, mais très-probablement liées à la constitution atmosphérique régnante, comme les affections catarrhales et rhumatismales qui les compliquaient, se seraient multipliés au point de constituer une véritable épidémie ?

Je vais rapporter deux observations recueillies en 1843, qui me paraissent autoriser cette manière d'envisager la maladie qui régna épidémiquement en 1828 et 1829, et n'être que des cas d'acrodynie sporadique. Mais, afin de faire ressortir l'analogie extrême ou plutôt la ressemblance de ces cas, avec ceux qui se produisirent en si grand nombre et souvent avec tant d'intensité pendant les deux années dont j'ai parlé, je donnerai auparavant la description des symptômes de cette affection épidémique, consignée par M. Chomel dans le *Journal analytique de médecine*, décembre 1828.

« La maladie atteignit principalement les pauvres ; les riches « n'en furent pas exempts. Les causes de cette affection sont « tout à fait inconnues; et il reste bien démontré que les lieux, « ni les aliments, n'ont eu aucune influence sur son développe- « ment. Les signes de cette épidémie se divisent en deux grandes « classes, ceux qui ne manquent jamais, et ceux qui ne sont « qu'accessoires. Les premiers sont l'engourdissement, les four- « millements et les élancements dans les extrémités, les trou- « bles plus ou moins prononcés dans la sensibilité et dans l'action « musculaire ; de là des douleurs atroces au moindre attouche- « ment et une extrême difficulté de marcher. L'épaississement plus « ou moins marqué de l'épiderme, le gonflement inflammatoire « des extrémités, le changement de couleur à la peau, l'inflam- « mation plus ou moins marquée des membranes muqueuses, ne « sont au contraire que des signes accessoires. La maladie est « très-longue à guérir, les rechutes sont fréquentes; mais le « pronostic, en général, n'est point grave. »

Voici maintenant mes deux observations :

Obs. I. — Une dame primipare, âgée de 18 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, accoucha heureusement dans le mois de janvier 1843. Sa grossesse avait été traversée par des accidents dus à de fréquentes congestions uté-

rines, qui forcèrent de recourir assez souvent à la saignée.

Les suites de couches furent heureuses ; cette dame allaita son enfant ; la fièvre de lait fut à peine marquée, et le septième ou le huitième jour, la nouvelle accouchée quitta son lit pour la première fois. Ce fut vers cette époque qu'elle commença à éprouver, dans les doigts de chaque main, des douleurs assez vives. Les doigts annulaires et auriculaires des deux mains en étaient surtout le siége. Ces douleurs étaient continues et s'exaspéraient par élancements ; les autres doigts ne devenaient douloureux que lors des exacerbations, et encore les douleurs y étaient moins vives. La sensibilité de ces organes était exaltée, et la malade ne pouvait saisir aucun corps sans souffrir davantage. Tenir les mains élevées, appliquer les doigts sur un corps froid, soulageait beaucoup ; mais les douleurs se reproduisaient à mesure que la température du corps s'élevait. La main gauche était plus douloureuse que la droite. Tous les doigts étaient rouges, mais sans gonflement notable. La rougeur occupait toute la longueur des deux derniers doigts et seulement les deux dernières phalanges des autres. La base de tous les ongles était le siége d'une teinte rouge violacée.

Cet état dura cinq à six jours, pendant lesquels on fit baigner les mains dans une forte décoction tiède de guimauve et de tête de pavots. L'immersion dans le bain augmentait d'abord les douleurs; mais elles diminuaient ensuite. Ces bains prolongés eurent pour résultat de rendre les souffrances moins vives, et même de les faire cesser un instant. Elles se reproduisirent un ou deux jours après; le même traitement fut employé, et elles disparurent pour ne plus revenir. La santé, du reste, était très-bonne, à part une constipation opiniâtre.

Obs. II. — Dans le mois de septembre 1843, je fus appelé auprès d'une dame, âgée de 20 ans environ, d'un tempérament lymphatico-nerveux, accouchée de son deuxième enfant depuis deux jours. Cette dame se plaignait vivement des accidents suivants, dont elle était atteinte depuis la veille vers le milieu de la journée. Elle éprouve, dans la paume de chaque main et dans tous les doigts, une douleur excessive qui augmente par accès. Cette douleur se fait surtout sentir dans les trois doigts du milieu ; les autres et le reste des mains en sont beaucoup moins affectés. D'une grande acuité pendant les accès, elle rend la malade presque folle. Madame V. dit sentir sa tête se perdre, et dans un moment, elle quitta son lit pour courir par la chambre. Une fois, la douleur se transmit dans toute la longueur de l'avant-bras droit jusqu'au coude ; mais elle ne dura qu'un instant aussi étendue,

et ne se renouvela pas dans cette partie. Les mains et les doigts ne sont pas notablement gonflés, mais ils le deviennent pendant les accès. Ils sont moites, et le siége de rougeurs disposées par plaques et points plus ou moins larges. La malade ressent dans les doigts de forts battements qu'il est facile d'y constater.

Le pouls est élevé, les seins ne sont pas gonflés ; ils sont flasques et n'offrent aucune tendance à se tuméfier. Le ventre n'est pas douloureux. Les lochies coulent bien. Il n'existe pas de céphalalgie, ni aucun trouble du côté du tube digestif.

La malade a mis les mains dans de l'eau de guimauve tiède, les douleurs ont augmenté ; elle les a frottées avec du laudanum et a obtenu momentanément un peu de soulagement. L'immersion des mains dans l'eau froide a aussi donné du mieux ; mais elle causait des coliques, et les douleurs reparaissaient à mesure que l'eau s'échauffait. La malade a fait exercer des pressions de l'extrémité des doigts à la paume de la main, de manière à repousser les fluides. Elle obtint tant de bien de cette pratique, qu'elle eût voulu qu'on ne la cessât pas un instant ; mais lorsque la fatigue des personnes qui l'exerçaient forçait de la suspendre, les souffrances reparaissaient avec toute leur acuité.

Je conseillai de mettre les mains dans un forte décoction tiède de guimauve et de tête de pavots, et de les y laisser jusqu'à plissement de l'épiderme. Le succès que j'avais obtenu de cette médication dans le cas précédent m'en faisait attendre un heureux résultat. Il n'en fut rien. Dans la nuit, on enduisit les doigts de pommade de concombre, on fit des frictions avec de l'eau de Cologne et de l'éther acétique, sans avantage durable ; la pommade produisit un soulagement plus prolongé. Cependant on arriva, à l'aide de ces moyens variés, jusqu'au lendemain. La malade mit alors ses mains dans de l'eau tiède contenant de l'extrait de Saturne ; les douleurs ne revinrent plus dès lors aussi vives ; elles furent remplacées par un engourdissement que l'on diminua en mettant les mains dans de l'huile. Ce même jour, il est vrai, les seins se tuméfièrent et la fièvre de lait survint. Les mains conservèrent encore quelque temps un peu de rougeur, qui alla progressivement en diminuant.

Les pieds étaient aussi le siége de pareilles douleurs, mais beaucoup moins vives ; elles étaient très-supportables. La malade s'en plaignit à peine ; elles cessèrent sans aucune médication, en même temps que celles des mains.

Dans la première de ces observations, les douleurs névralgiques et l'érythème n'occupaient que les doigts ; dans la deuxième, ces deux phénomènes morbides se sont montrés aux

pieds et surtout aux mains. Dans l'une et l'autre, l'érythème était peu considérable ; il a cessé peu à peu, quand les douleurs eurent disparu. Il n'y eut ni desquamation, ni altération de la couleur de la peau, et les douleurs névralgiques n'ont été suivies d'aucun affaiblissement, d'aucune paralysie des muscles ; seulement dans la dernière, on a remarqué que de l'engourdissement succéda à l'exaltation de la sensibilité, au moment où la maladie allait disparaître. L'absence de ces phénomènes tient sans doute au peu d'intensité et à la courte durée de la maladie, et aussi au défaut d'énergie de la cause productrice. Lorsque cette cause est capable de faire naître une épidémie, elle imprime toujours aux symptômes une intensité plus considérable. Ces phénomènes, du reste, ont aussi manqué quelquefois pendant l'épidémie. Qu'on ajoute aux symptômes, consignés dans mes deux observations, ceux auxquels donne lieu une irritation plus ou moins considérable des muqueuses gastro-intestinale, gutturale, ophthalmique et même bronchique, et on reconstituera en entier la maladie épidémique de 1828 et 1829.

Les circonstances qui ont présidé à la manifestation de la maladie, dans les deux cas que je viens de citer, m'ont complétement échappé. Il n'y a eu de remarquable que la coïncidence dans tous les deux d'un accouchement récent. Toutefois, je constaterai que, pendant l'année 1843, les variations atmosphériques ont été fréquentes et que la température a été généralement humide. Les affections catarrhales et surtout celles de la muqueuse gastro-intestinale ont été prédominantes ; circonstances qui se sont aussi présentées en 1828 et 1829.

Je ne chercherai pas à pénétrer la nature de l'acrodynie et de ses causes ; à savoir lequel des deux, des douleurs névralgiques ou de l'érythème, est le phénomène primordial, et si la lésion de circulation de la peau doit être considérée comme la cause ou comme l'effet de la perturbation du système nerveux ; enfin, en remontant plus haut, si c'est à une cause générale où à une cause spéciale ou spécifique, modifiant plus ou moins profondément l'organisme, qu'il faut en attribuer l'apparition. Mon but est plus simple. J'ai seulement voulu appeler l'attention sur l'acrodynie à l'état sporadique, persuadé que, lorsqu'on l'aura étudiée dégagée des éléments hétérogènes ou accessoires qui ne manquent jamais de s'introduire pendant une épidémie, sa nature et ses causes pourront être mieux déterminées.

Depuis que j'ai recueilli ces deux observations, j'ai rencontré plusieurs cas de douleurs ayant leur siége à la plante des pieds

et gênant plus ou moins la marche ; mais il ne m'a pas été donné de les observer d'une manière suivie.

Dans un de ces cas, la maladie existait chez un homme sujet aux rhumatismes ; les douleurs, occupant la plante des pieds seulement, me parurent de nature rhumatismale. Elle cédèrent à des sueurs abondantes.

Dans un autre, la cause de l'acrodynie était très-obscure. La maladie existait chez une domestique. Elle avait été précédée d'embarras gastrique, et était accompagnée de céphalalgie et de quelques phénomènes de pléthore. L'état saburral fut enlevé par un éméto-cathartique. Une saignée fut ensuite pratiquée ; des bains de pieds tièdes furent prescrits, et sous l'influence de ce traitement, les douleurs disparurent peu à peu.

Dans ce dernier cas, il existait à la plante des pieds et douleur et rougeur : mais l'érythème était peu considérable. Les mains n'étaient le siége d'aucun de ces phénomènes.

---

4. *Note sur un cas de polydipsie traitée par le calomel et la salivation* ; par le docteur L. Fleury, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.

(Archives générales de Médecine, mai 1848.)

La polydipsie, confondue pendant longtemps avec différentes maladies sous le nom de *diabète aqueux* ou *insipide*, a été, dans ces dernières années, l'objet de recherches intéressantes, parmi lesquelles il faut citer, surtout, celles de MM. Rayer, Lacombe et Fallot, de Namur. Les symptômes ont été décrits avec soin ; le sang, l'urine, ont été analysés, mais la thérapeutique n'a pas marché d'un pas égal dans la voie du progrès, et sur 27 cas de polydipsie réunis par M. Lacombe, on ne compte que deux guérisons (*De la Polydipsie*, thèse de Paris, 1841). « Les moyens par lesquels on a cherché à combattre cette maladie ont été impuissants ou n'ont déterminé qu'un amendement médiocre ou momentané. » (*Dictionnaire de médecine*, t. XXVIII, p. 350).

L'observation que nous rapportons ici mérite d'être signalée, non-seulement parce que la malade a guéri sous l'influence d'une médication qui n'a pas encore été tentée par les auteurs, mais aussi parce que quelques-uns des symptômes de la maladie ont été étudiés avec plus de précision qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Elle a été recueillie à l'hôpital de la Charité pendant que j'y remplaçais M. le professeur Bouillaud.

Obs.—Rose Chiffaut, couturière, âgée de 34 ans, est entrée à la Charité, le 10 septembre 1847, et a été couchée au n° 14 de la salle Saint-Anne. Voici ce que nous avons appris relativement

aux *antécédents* de cette malade. Brune de peau et de cheveux, d'une constitution robuste, Rose Chiffaut a été réglée à l'âge de 13 ans; l'écoulement menstruel a toujours été régulier ; mais depuis six mois environ, il est devenu beaucoup moins abondant et le sang est plus pâle, plus aqueux. A l'âge de 19 ans, Rose a eu un enfant ; la grossesse et l'accouchement n'ont rien présenté de particulier ; depuis, deux fausses couches ont eu lieu vers le quatrième mois de la gestation ; la dernière remonte à 9 ans. Depuis plusieurs années, la santé n'est point satisfaisante ; la malade a eu fréquemment des migraines violentes, accompagnées de vomissements abondants et contenant quelquefois du sang ; l'estomac a souvent été le siége de douleurs plus ou moins vives ; il existe une constipation habituelle.

Depuis son enfance, Rose a été très-sujette aux rhumes ; mais en outre, elle a été atteinte *un assez grand nombre de fois* de maladies de poitrine caractérisées par un point de côté, une toux fréquente et non quinteuse, une expectoration abondante de crachats visqueux, adhérents, souvent de couleur rouille ou présentant des stries de sang, une fièvre intense, de l'anorexie, etc. ; ces maladies ont toujours nécessité un séjour au lit de quatre à cinq semaines ; elles ont été traitées par des tisanes émollientes, la diète et des saignées, dont la malade ne peut indiquer ni le nombre, ni la quantité.

Il y a six ans, Rose a eu une maladie cutanée caractérisée par de petits boutons rouges répandus sur tout le corps, saignant facilement et donnant lieu à un prurit très-intense (*prurigo* ?). Elle est restée pendant trois mois à l'hôpital Saint-Louis, où on l'a traitée par les bains alcalins.

Il y a trois mois, la malade a éprouvé des douleurs vives dans le genou droit d'abord, et ensuite dans le gauche, accompagnées de chaleur, de gonflement et de fièvre ; exaspérées par la pression et la chaleur du lit. La marche et la station debout devinrent impossibles. Rose eut recours à la médication Raspail ; elle fit des lotions avec l'eau sédative et des onctions avec une pommade camphrée. Au bout de quinze jours, elle put quitter le lit, mais les douleurs ne disparurent complétement qu'après la sixième semaine.

Depuis son enfance, la malade a eu de fréquentes *attaques de nerfs*, commençant par de l'anxiété et une sensation de constriction à l'épigastre ; bientôt se montrent des convulsions suivies d'une perte de connaissance complète. Au bout d'un temps variable et quelquefois assez long, Rose revient à elle et accuse, alors,

une courbature générale très-prononcée, et des douleurs contusives dans les membres.

Il y a environ cinq semaines, l'appétit diminua tout d'un coup ; la bouche devint sèche et pâteuse ; des douleurs épicrâniennes très-intenses se manifestèrent, et la région épigastrique devint également très-douloureuse ; en même temps, Rose fut tourmentée par une soif excessive. Depuis cette époque, les douleurs de tête sont revenues presque toutes les nuits ; la malade a ressenti souvent de la pesanteur de tête, des éblouissements, des étourdissements et des tintements d'oreille ; des douleurs d'estomac accompagnées d'une sensation très-pénible de constriction ; des frissons avec tremblement qui durent quelquefois assez longtemps, sans jamais être suivis ni de chaleur, ni de sueur. La malade a éprouvé un dégoût presque insurmontable pour la viande et les aliments gras ; elle s'est nourrie presque exclusivement de légumes et de fruits. Ce symptôme a été noté par tous les auteurs ; M. Lacombe l'indique comme étant presque constant.

La soif est devenue de plus en plus impérieuse, et continue ; pendant la nuit, la malade est sans cesse réveillée par le besoin de boire ; les urines sont très-abondantes, pâles, décolorées. Les forces ont diminué graduellement, et il est survenu un amaigrissement considérable et rapide. C'est pour chercher remède à ce fâcheux état que la malade se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. Maigreur très-prononcée ; la figure exprime la souffrance ; le teint est d'un jaune terreux ; les lèvres sont décolorées sans être sèches ; les gencives sont pâles, mais assez fermes ; la langue est large, molle, humide, sans rougeur sur les bords ; sa face supérieure est couverte d'un enduit saburral épais et brunâtre ; la bouche est mauvaise, pâteuse ; la malade accuse une sensation de sécheresse dans le fond de la gorge.

La région épigastrique n'est point douloureuse à la pression ; cependant elle est souvent le siége de douleurs vives et d'une *sensation de froid*, qui remonte jusque vers l'œsophage ; le ventre est souple, indolent ; constipation habituelle.

L'appétit est presque nul, mais la soif est, au contraire, très-vive et incessante ; les urines sont très-abondantes.

La palpation et la percussion des organes digestifs, du foie et de la rate, ne font rien découvrir d'anormal.

Rien du côté des organes de la respiration ; pas de toux, pas de dyspnée. L'auscultation et la percussion ne fournissent que des s gnes négatifs.

La matité du cœur occupe ses limites physiologiques ; pas de bruit anormal, si ce n'est un souffle léger et moelleux au niveau

de l'orifice aortique. Le pouls, peu développé, bat 68 fois par minute. Il existe un souffle léger et intermittent dans les carotides, surtout à droite.

En présence de cet état morbide, et en tenant compte de la soif et de l'abondance des urines, on pouvait penser avoir affaire à une glucosurie ; mais l'anorexie et le dégoût pour le régime animal n'étaient pas en faveur de ce diagnostic; pour faire cesser toute incertitude, la densité de l'urine fut constatée au moyen de l'aéromètre de Baumé; cet instrument marqua 1002, et dès lors il ne pouvait plus exister de doute : les urines ne contenaient évidemment point de sucre. Il ne s'agissait donc que d'une polydipsie qui, en l'absence de toute lésion organique, devait être considérée comme idiopathique.

Le 12 septembre. La soif est encore plus vive; 16 litres de tisane dans les vingt-quatre heures sont insuffisants pour la satisfaire. Je prie M. Quévenne, pharmacien en chef de la Charité, de vouloir bien analyser les urines, et voici la note que je dois à sa complaisance.

« La quantité d'urine recueillie dans les vingt-quatre heures est de 14 litres 7 décilitres. Le liquide est très-légèrement nébuleux, incolore, vu dans un verre à expérience ; offrant à peine une teinte paille, vu en grande masse; il a une odeur urineuse très-prononcée; sa réaction alcaline est très-faible ; sa densité, à 19° de température, est de 1001,9.

« On n'obtient que des résultats négatifs en soumettant l'urine à l'ébullition, à l'acide nitrique, à la solution de tannin et à l'ammoniaque. Le nitrate d'argent donne un précipité floconneux, blanc, caillebotté, ne paraissant pas diminuer par l'acide nitrique ; l'azotate d'ammoniaque trouble très-légèrement le liquide ; le chlorure de barium le trouble, au contraire, très-fortement, et l'acide nitrique ne l'éclaircit point ; ces réactions indiquent la présence de chlorures, de sulfates et de chaux.

« Une partie du liquide ayant été abandonnée au repos pendant vingt-quatre heures, on trouve à sa surface une légère couche floconneuse qui, examinée au microscope, se montre composée de petites fibrilles sinueuses, enchevêtrées sans ordre, pouvant avoir un diamètre de 1/1200 de millimètre au plus. Un certain nombre de ces fibrilles part d'un très-petit globule rond, ayant à peu près 1/600 de millimètre de diamètre. Outre ces fibrilles, on voit encore çà et là une multitude de très-petits points noirs à peine visibles; quelques-uns sont légèrement allongés ; ils ont environ 1/1000 de millim. de diamètre. On aperçoit, enfin, quelques rares globules pointillés bien plus gros que les

précédents et offrant de l'analogie avec les globules du mucus. Au fond de l'urine se trouve un dépôt blanc jaunâtre, floconneux, composé en outre des corps que nous venons de signaler dans le crémor supérieur, d'espèces de lamelles, d'une structure fibreuse pointillée.

« 500 grammes de cette urine, évaporés à siccité au bain de vapeur, ont fourni un résidu jaunâtre, salin, extractif, pesant 2 grammes 80. Ce résidu, incinéré à la faveur de plusieurs additions d'eau, a laissé une masse saline pesant 0,550, dont 0,100 de phosphate de chaux et le reste de sels solubles, consistant en chlorure et en sulfate à base de soude et de potasse. Cette proportion de sels fixes correspond à 14 gr. 80 pour la totalité de l'urine de vingt-quatre heures.

« 500 autres grammes de la même urine ont été évaporés au 1/10 et consacrés à la recherche de l'acide urique ; ils n'en ont pas présenté la plus faible trace, non plus que d'acide hyppurique.

« Enfin, 500 grammes ont été employés à la recherche de l'urée, et évaporés au bain de vapeur jusqu'à réduction à 21 grammes. Le résidu offre une réaction acide faible, mais franche; on le mêle à trois fois son poids d'alcool rectifié, et l'on filtre le lendemain. La solution alcoolique ainsi obtenue est évaporée jusqu'à réduction à 10 grammes; on plonge la capsule dans l'eau glacée, puis on ajoute peu à peu 10 grammes d'acide nitrique. Au bout de cinq à six minutes, on voit apparaître des groupes cristallins blancs, soyeux, de nitrate d'urée. Après plusieurs heures, le dépôt cristallin, baigné par un liquide roux, est versé sur un filtre, égoutté, comprimé et détaché, puis séché à l'étuve. Son poids est alors de 0,42, ce qui correspond à 0,2228 d'urée pour les 500 grammes d'urine et à 6,550 pour les 14 lit. 7 décil. d'urine rendus dans les vingt-quatre heures.

« En rapprochant les chiffres fournis par cette analyse, de ceux qui sont consignés dans le travail de M. Le Canu, on arrive aux résultats suivants :

1° La quantité des sels fixes ne diffère point sensiblement de celle que présente l'urine des vingt-quatre heures dans l'état normal : 14,98 au lieu de 14,58.

2° La quantité de l'urée est notablement moindre, 6,55 au lieu du minimum 9,92.

3° L'urine de notre polydipsique ne renferme point d'acide urique ; on n'en a pas obtenu la moindre trace en opérant sur 500 gr. de liquide.

Ces résultats, fort remarquables, diffèrent un peu de ceux qu'a

obtenus M. Quévenne chez le malade dont l'observation est apportée par M. Lacombe. Là, en effet, les sels fixes étaient diminués de moitié, l'urée des 3/5, et l'acide urique s'est montré dans la proportion de 1/10. (Lacombe, thèse citée, p. 25.)

Le 14 septembre. Les auteurs rapportant que les boissons acidulées apaisent la soif des polydipsiques, et que l'on obtient souvent de très-bons résultats des sudorifiques et des purgatifs, je prescris le traitement suivant : 8 pots de limonade citrique, et tisane commune à discrétion ; tous les jours 2 verres d'eau de Sedlitz ; 3 bains de vapeur par semaine.

Le 24. La soif n'a subi aucune modification, la malade éprouve presque chaque jour une violente céphalalgie, et les douleurs épigastriques se propagent dans la direction de l'œsophage ; le ventre est indolent, mais fortement ballonné ; les intestins renferment une quantité considérable de gaz ; la langue s'est nettoyée vers la pointe.

Le 26. La malade se plaint d'éprouver une sensation de froid fort désagréable ; cette sensation est générale, mais elle se fait sentir surtout à la région épigastrique.

La plupart des auteurs ont indiqué le symptôme dont il s'agit (Lacombe, *loc. cit.*, p. 13) ; mais ils n'ont point recherché l'état de la température ; j'ai voulu remplir cette lacune, et j'ai trouvé 37° sous l'aisselle, et 36° à la région épigastrique. Ces chiffres devront être rapprochés de ceux que fournira la malade alors qu'elle n'éprouvera point la sensation frigorifique. (Même traitement.)

Le 2 octobre. L'état de la malade n'a point changé ; le ventre est toujours fortement météorisé ; par intervalles, douleurs de tête et d'estomac. Même traitement, frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée.

Le 5. Céphalalgie violente et continue ; la malade a souvent des nausées après avoir bu ; elle a vomi plusieurs fois pendant la nuit. Depuis deux jours, la sensation de froid ne s'est pas fait sentir ; je profite de cette circonstance pour déterminer la température, et je trouve 38° sous l'aisselle et à la région épigastrique.

Si l'on rapproche ces chiffres des précédents, on doit en conclure que, pendant la sensation de froid, la température générale, chez notre malade, baisse de 1°, et la température épigastrique de 2°. Nous nous garderons bien de présenter comme démontré ce fait qui ne repose que sur une seule observation ; mais nous croyons utile de le signaler à l'attention des cliniciens.

Vingt jours de traitement par les sudorifiques et les purgatifs n'ayant amené aucune modification dans l'état de notre malade,

je pris la résolution de recourir à une thérapeutique différente; mais mon embarras devint fort grand, car les auteurs se contentent d'énumérer un grand nombre de médications sans se prononcer sur l'efficacité d'aucune d'elles.

Je me demandai alors si la physiologie ne pourrait pas me fournir quelques indications, et en réfléchissant que l'on s'accorde généralement à placer dans l'arrière-gorge le siége anatomique de la soif, je fus étonné de voir que l'on paraissait ne pas avoir songé à produire une révulsion énergique sur les organes voisins. Guidé par cette idée, je résolus d'administrer le calomel, de manière à donner lieu à une légère salivation, et je prescrivis un julep gommeux, contenant 0,3 de calomel, à prendre en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Les 6, 7 et 8 octobre. Rien de changé; la dose de calomel est portée à 0,6.

Le 9. La bouche est mauvaise, l'haleine fétide; la malade accuse un goût métallique; la soif a été moins vive; 12 pots de tisane seulement ont été ingérés dans les vingt-quatre heures.

Le 10. La fétidité de l'haleine et le goût métallique sont plus prononcés; les gencives sont un peu ramollies; il existe un ptyalisme abondant. La malade n'a bu que 8 pots de tisane. On supprime le calomel; limonade vineuse, gargarisme acidulé.

Les 11 et 12. Même état, si ce n'est que la malade n'a bu que 6 pots de tisane.

Le 13. La salivation est encore assez abondante; la soif ne se fait plus sentir pendant la nuit : la malade n'a bu que 5 pots. Le ventre n'est plus météorisé, la langue est complétement nette.

Le 14. La malade n'a bu que 4 pots; malgré nos pressantes instances, elle nous annonce qu'elle veut quitter l'hôpital, se considérant comme guérie.

Le 15. La malade n'a bu que 3 pots; elle se sent parfaitement bien, et elle exige son exeat.

Il est impossible de ne pas reconnaître, dans cette observation, les heureux effets qu'a produits la médication altérante. Aussitôt que la salivation se manifeste, la soif, qui pendant vingt jours n'a nullement été modifiée par un traitement énergique, est diminuée du quart; elle perd ensuite tous les jours et graduellement de son intensité, et en sept jours, elle est ramenée à peu près à ses limites physiologiques. Mais est-ce une guérison véritable, durable, ou n'est-ce qu'une de ces améliorations passagères bientôt suivies d'une récidive? La malade a malheureusement quitté l'hôpital trop tôt.

Nous ne voulons pas exagérer la valeur du fait que nous venons de rapporter ; mais nous avons cru utile de le faire connaître, afin d'engager les praticiens à expérimenter une médication qui nous semble être rationnelle, et qui compte un succès contre une affection qui, jusqu'à présent, a presque constamment résisté aux traitements les plus divers.

---

5. *Recherches sur les affections inflammatoires de la membrane du tympan et de l'oreille moyenne*; par le docteur W.-R. Wilde, chirurgien de l'hôpital Saint-Marc.

(Archives générales de Médecine, mai 1848.)

Je me propose, dans ce mémoire, de présenter les résultats de mes recherches sur quelques affections inflammatoires de l'oreille. Je traiterai successivement : 1° de l'inflammation aiguë de la membrane du tympan ou *myringite*, avec inflammation de la cavité du tympan ou *tympanite*; 2° de l'inflammation subaiguë de cette membrane sans douleur; 3° de son inflammation chronique avec ou sans inflammation du tympan ; 4° de la myringite scrofuleuse; 5° de la myringite syphilitique ; 6° de la myringite aiguë qui accompagne les exanthèmes et d'autres maladies fébriles.

1° *Myringite aiguë.* — Dans l'inflammation aiguë de la membrane du tympan, c'est le tissu fibreux qui est principalement le siége de la phlegmasie. La myringite est ordinairement le résultat de l'exposition au froid pendant que le corps est en sueur, et d'autres fois de l'introduction de corps étrangers ou de substances irritantes dans le canal auditif externe.

Le canal auditif et parfois même le pavillon participent à l'inflammation, et tout porte à croire, quoique la preuve en soit difficile à donner, que l'oreille moyenne ou la membrane qui la revêt ne reste pas en dehors du travail inflammatoire. Autrement dit, semblable à l'ophthalmie interne, qui, d'abord circonscrite ou à peu près à l'iris, ne tarde pas à envahir les autres tissus constituants du globe de l'œil, l'inflammation aiguë de la membrane du tympan se propage à la membrane muqueuse qui la revêt, aux nerfs qui la parcourent ou qui se trouvent renfermés dans la cavité tympanique, aux cellules mastoïdiennes, à la membrane muqueuse de la trompe d'Eustachi, à la membrane de la fenêtre ovale et de la fenêtre ronde, aux muscles, aux ligaments, et aux autres moyens d'union des osselets, au labyrinthe, à l'oreille interne et au nerf auditif ; d'où il suit que l'organe de l'ouïe est toujours plus ou moins compromis dans la myringite, et peut même, par suite de la persistance de la maladie, subir

des changements organiques qui non-seulement mettent obstacle à l'audition, mais encore compromettent la vie à un plus ou moins haut degré, par suite du voisinage immédiat du cerveau. L'enveloppe dermique de la membrane du tympan participe aussi à l'inflammation ; et en même temps que le canal auditif fournit une sécrétion mucoso-purulente, ou du pus véritable, on voit cette enveloppe se soulever sous forme de vésicules ou de pustules, s'ulcérer, fournir des granulations, s'épaissir, etc., pendant les progrès de la maladie. Quant à la membrane fibreuse, elle passe par toutes les transformations pathologiques que les inflammations peuvent imprimer aux tissus de cette nature.

Les symptômes de la myringite aiguë sont les suivants : une *douleur* vive et subite se montre vers l'oreille, d'abord la nuit, et s'accompagne toujours d'exacerbations nocturnes pendant les progrès de la maladie ; cette douleur peut-être atroce et aller jusqu'à occasionner du délire. Les malades la comparent à celle de l'introduction d'un instrument aigu qui pénétrerait par l'oreille jusqu'au cerveau. Lorsque la cavité tympanique participe à l'inflammation, la douleur augmente par la toux, par l'éternument, par la déglutition et par la pression sur le tragus, particulièrement lorsque la bouche est ouverte. Les battements des carotides retentissent douloureusement dans l'oreille, surtout si la circulation est accélérée. Sentiment de plénitude dans l'intérieur de l'organe ; engourdissement douloureux du côté correspondant de la tête, des dents, de l'œil, de la tempe et du triangle latéral et supérieur du cou ; parfois engourdissement douloureux de la portion supérieure du muscle mastoïdien, et souvent des douleurs rhumatismales vagues dans tout le corps, surtout chez les personnes de moyen âge, et qui déjà ont été atteintes de rhumatismes. Si l'on néglige les accidents, ou si le traitement n'a pas été convenable, la douleur s'étend à la gorge et à la région mastoïdienne ; elle augmente lorsqu'on touche, avec l'extrémité du doigt, l'orifice de la trompe d'Eustachi. L'intensité de la douleur est, jusqu'à un certain point, en rapport avec l'étendue de l'inflammation ; et les particularités qu'elle présente permettent aussi de déterminer exactement le siége de cette inflammation. Si, par exemple, le malade éprouve de la douleur, surtout en avalant, dans la mastication ou pendant l'éternument, on regardera comme très-présumable que l'inflammation s'est étendue à l'oreille moyenne.

En même temps que la douleur, les malades accusent ordinairement des *tintements d'oreille*, qu'ils décrivent très-diversement, qu'ils comparent, les uns à des battements sourds, les autres au

bruit d'une locomotive de chemins de fer, d'autres enfin à des bruits dont la force et l'intensité varient depuis le tic tac d'une montre jusqu'au bourdonnement d'une grosse cloche. Le plus généralement cependant, les malades comparent ces bruits à celui que l'on perçoit lorsqu'on applique un gros coquillage contre l'oreille. Dans les formes graves de l'inflammation du tympan, les bruits sont bien autrement forts, et les malades les comparent alors au bruit d'une chute d'eau, d'une cataracte, ou à celui que produit l'eau s'échappant d'un large tuyau. Dans des formes moins aiguës, mais en même temps plus anciennes, ces bruits ressemblent à un bruit de souffle, à un sifflement, et les malades les comparent ordinairement au chant d'une bouilloire en ébullition, au bruit d'un orage éloigné, au bruissement des feuilles des arbres, au gazouillement des oiseaux, au roulement des roues dans le lointain, à une espèce de roucoulement sourd, enfin à tous les bruits musicaux avec lesquels l'imagination trouve quelque similitude. Toute accélération de la circulation, toute excitation nerveuse donne constamment à ces bruits une plus grande intensité, particulièrement dans les formes chroniques.

La *surdité*, soit pareille, soit complète, survient ou bien en même temps que la douleur, ou bien quelques heures après. Si la maladie n'affecte qu'une oreille, il arrive souvent que le malade perd la faculté d'entendre sans s'en apercevoir. Dans quelques cas rares, et pendant un certain temps, on voit, à mesure que l'inflammation du tympan fait des progrès, la sensibilité de l'ouïe s'exalter, et tous les sons devenir insupportables.

Aux symptômes *locaux* et subjectifs qui précèdent, on doit ajouter les symptômes *généraux* et constitutionnels suivants : augmentation de chaleur à la peau ; céphalalgie avec sensation de pesanteur à la tête ; hémicrânie très-prononcée ; accablement et anxiété considérables ; éternument, toux, et autres symptômes de catarrhe ; insomnie, agitation ; fréquence du pouls, parfois des frissons ; dans quelques cas, du délire, et enfin, dans les cas très-graves, tous les symptômes d'une maladie du cerveau. Les organes digestifs participent rarement à la maladie ; les urines sont fortement colorées, et déposent ordinairement, vers la terminaison des symptômes aigus, un sédiment rougeâtre abondant.

Les symptômes *objectifs* ou *signes physiques* consistent, dans les cas graves, en de la chaleur, de la douleur, une légère rougeur érysipélateuse du pavillon ; et dans les cas très-graves, en de la chaleur, de la tension, de l'œdème et de la douleur vers la région mastoïdienne. Dans les cas ordinaires, il y a seulement tumé-

faction légère de la membrane qui tapisse le méat auditif externe, suppression de la sécrétion cérumineuse, injection vive, avec gonflement de la membrane du canal auditif, sur laquelle se dessinent de longs vaisseaux tortueux. La membrane du tympan perd d'abord son poli, ensuite sa demi-transparence. Dans les premiers temps et dans les cas légers, sa coloration est d'un jaune foncé ; le plus ordinairement cependant, la teinte de cette membrane varie entre toutes les nuances du rouge, depuis le rouge clair jusqu'au rouge le plus foncé, ce qui tient évidemment à l'injection vasculaire, qui est en rapport avec le plus ou moins haut degré de l'inflammation. Sœmmering a fait représenter les artères de la membrane du tympan, comme deux longs vaisseaux qui se portent du haut en bas, et d'avant en arrière, dans la direction du manche du marteau, et qui se distribuent, chacun de leur côté, sur les portions antérieure et postérieure de cette membrane vibratile ; pendant l'inflammation, on voit évidemment paraître de nouveaux vaisseaux qui se ramifient en grand nombre, et qui donnent à la membrane la coloration rouge vif ou rouge livide. En général, la portion supérieure qui entoure le point d'attache de la tête du marteau est la première à se vascularisier, la dernière à reprendre sa coloration normale, et celle où la coloration est le plus foncée. Les vaisseaux qui suivent le trajet du manche du marteau sont toujours très-prononcés, mais le point d'attache de cet os reste longtemps blanchâtre, par suite de la connexion intime de la membrane avec l'osselet. Au pourtour de la circonférence de la membrane, dans le cercle ligamenteux, et particulièrement à sa partie antérieure et inférieure, on distingue une aréole de petits vaisseaux qui forment un cercle large de près de 1 ligne. Ces vaisseaux se dirigent tous vers le centre ; et lorsqu'ils sont bien prononcés, on dirait la zone de l'*iritis*, ou mieux celle qu'offre la cornée dans les premiers temps de la kératite. Au reste, c'est également dans les premiers temps, ou à la fin de la maladie, lorsque la rougeur est sur le point de disparaître, que ce cercle vasculaire est susceptible d'être distingué. En même temps que la rougeur générale, on aperçoit dans quelques cas, surtout sur la portion vibratile antérieure, des points ecchymotiques bien circonscrits. A mesure que la vascularité augmente, on n'aperçoit plus qu'une surface rouge, et on ne distingue plus rien, pas même le manche du marteau. La membrane du tympan paraît aussi se gonfler ; sa surface devient villeuse. Rarement il y existe des vésicules, plus rarement encore des pustules et de petits abcès. Les ulcérations qui se montrent parfois à sa surface occupent en général la partie antérieure de la portion vibratile

inférieure; peut-être ces ulcérations reconnaissent-elles pour origine des vésicules ou des pustules; pour moi, je pense qu'il faut des observations plus attentives et plus étendues pour qu'on puisse trancher cette question. On observe aussi, dans quelques autres cas, une sécrétion mucoso-purulente avec séparation de l'épithélium à la surface de la membrane du tympan et des parois du canal auditif. Enfin, la perforation de la membrane tympanique (qu'elle soit due à une rupture, à un abcès, à la gangrène, ou au ramollissement, ce qui n'est pas toujours facile à déterminer), la rupture se fait ordinairement au niveau de la portion antérieure, et près de l'endroit où vient s'ouvrir la trompe d'Eustachi. C'est quelquefois un trou arrondi ou ovalaire susceptible de loger une sonde du n° 8, et qui semble faite avec un poinçon. Dans d'autres cas, la rupture se fait dans la partie antérieure et inférieure de la membrane, de sorte que le bord inférieur de l'ouverture répond aux parois du canal et à la cavité du tympan. Dans quelques cas encore plus rares, la rupture a lieu au niveau de la division postérieure de la membrane, au dessous et un peu en arrière de la pointe ou du manche du marteau.

En même temps que ces perforations de la membrane du tympan, il existe, soit dans le méat, soit à la surface du tympan et de la membrane, des excroissances polypiformes, des végétations, qui fournissent un écoulement abondant et toujours fétide. Il s'épanche très-souvent de la lymphe plastique entre les lames de la membrane fibreuse tympanique elle-même. Nul doute que, dans ces formes graves de myringite, il n'y ait en même temps exsudation plastique à la surface de la membrane tympanique du côté de l'oreille moyenne. Ce sont les exsudations pseudo-membraneuses qui deviennent fréquemment des causes de surdité, soit en épaississant la membrane tympanique et la membrane de l'oreille moyenne, soit en établissant des adhérences entre les diverses parties de l'appareil auditif, par exemple en déterminant la dépression de la membrane du tympan, en gênant les mouvements des osselets, en changeant les conditions des membranes de la fenêtre ronde et de la fenêtre ovale, et en particulier, en troublant les fonctions des branches tympaniques des nerfs glosso-pharyngiens, qui se ramifient dans la membrane muqueuse.

Lorsque la membrane du tympan s'est rompue, et que le sang, le mucus, ou la matière purulente qui s'étaient accumulés dans la cavité tympanique ont été évacués au dehors, il en résulte généralement du soulagement. Lorsque, au contraire, il n'y a ni rupture ni ulcérations, on voit, à mesure que la maladie

marche, l'injection de la membrane tympanique diminuer d'abord au centre de la portion vibratile, ensuite vers la circonférence, et enfin autour de l'insertion du marteau. La membrane prend une couleur d'un jaune sale, opaque. Cette opacité est générale, ou seulement par plaques; parfois même on distingue ces opacités ayant leur siége dans l'épaisseur de la membrane, de même qu'on peut apercevoir des points opaques circonscrits, dans la membrane de l'humeur aqueuse. Dans d'autres cas, le résultat de l'inflammation est de donner à la membrane une coloration blanc-grisâtre uniforme, semblable au leucoma de la cornée; et à mesure que la membrane reprend son poli, elle prend en même temps un aspect perlé, bien différent de la demi-transparence qu'elle offre dans l'état sain.

Un résultat assez commun de l'inflammation du tympan et de ses membranes, surtout lorsque cette inflammation n'a pas été combattue en temps utile, c'est la *rétraction en dedans de la membrane du tympan.* Dans ces cas, le manche du marteau constitue le point le plus saillant au fond du canal auditif, et les divisions antérieure et postérieure de la membrane forment, de l'un et de l'autre côté de ce manche, deux replis à courbure très-prononcée. Quelquefois, en injectant de l'air par la trompe d'Eustachi, on peut rendre à la membrane sa forme normale ; mais, aussitôt que l'air s'est échappé, on la voit revenir immédiatement à la position qu'elle occupait. Ces résultats confirment donc les recherches entreprises sur ce point par M. Toynbee. Je dirai en passant que, sur les préparations anatomiques, cette disposition de la membrane du tympan est celle que l'on rencontre le plus souvent. J'irai même plus loin ; il n'est pas rare de la rencontrer chez des personnes qui n'ont jamais eu, du moins à leur connaissance, de maladie de l'oreille, et qui ne se sont jamais aperçues que leur ouïe fût affaiblie, jusqu'au moment où le médecin a mesuré leur puissance auditive avec une montre.

Dans les cas graves, l'inflammation peut aussi s'étendre aux cellules mastoïdiennes ; le périoste qui revêt ces cellules, le péricrâne qui tapisse l'apophyse mastoïde, et la région post-auriculaire du crâne, participent à l'inflammation. Si elle n'est enrayée ni par l'art, ni par les efforts de la nature, la carie en est la conséquence. Dans les cas encore plus graves, où toute la portion pétreuse du temporal participe à l'inflammation, la dure-mère se décolle, soulevée par un dépôt purulent; le cerveau et ses enveloppes s'enflamment à leur tour, et la mort a lieu à la suite d'un abcès ou d'une inflammation diffuse du cerveau et du cervelet.

Pendant les progrès de la myringite, et de l'inflammation de

la membrane externe du tympan, on peut voir, dans quelques cas, la muqueuse de la gorge offrir une coloration cuivrée et un gonflement œdémateux. Les amygdales sont aussi gonflées ; la déglutition est difficile ; et en portant le doigt sur l'extrémité de la trompe d'Eustachi , on réveille la douleur dans ce conduit et dans l'oreille moyenne. Les fosses nasales ne restent pas toujours en dehors de ces phlegmasies générales des muqueuses, et les malades éprouvent souvent un enchifrènement et une altération dans le timbre de la voix, qui annoncent la participation de cette muqueuse à l'inflammation des muqueuses voisines. Dans quelques cas rares, les muscles de la face sont paralysés du côté affecté ; pour moi, je suis porté à croire que ces paralysies, qui, jusqu'à ce jour, ont été rapportées à l'action du froid, tiennent plus souvent qu'on ne croit à cette forme de l'otite.

La myringite aiguë est une inflammation qui affecte principalement les sujets jeunes, ou d'un âge moyen, plus ceux qui ont le teint clair et les cheveux blonds que ceux qui ont le teint brun et les cheveux noirs. Elle est généralement bornée à une seule oreille. Elle règne principalement au printemps, et affecte quelquefois, à cette époque, une forme épidémique ; sa durée est de six à quatorze jours, mais elle peut se prolonger pendant un mois. et ses suites peuvent s'étendre pendant plusieurs mois.

Dans le traitement de la myringite aiguë, il convient d'abord de placer les malades au milieu d'une atmosphère uniforme et chaude. S'ils sont forcés de sortir, ils doivent protéger l'oreille malade contre l'action de l'air froid. Dans les cas graves, il faut absolument qu'ils gardent le lit. Les antiphlogistiques sont toujours indiqués ; mais il m'a paru rarement utile de recourir aux saignées générales; les saignées locales, les ventouses, les sangsues, suffisent dans l'immense majorité des cas. L'application des ventouses réclame en général une assez grande habileté, pour qu'on puisse retirer une assez forte quantité de sang; cependant, en les appliquant immédiatement au-dessous et en arrière de l'apophyse mastoïde, on peut obtenir plusieurs onces de sang ; d'ailleurs, si la quantité de sang est insuffisante, on peut appliquer des ventouses jusque sur la nuque. Quant aux sangsues, voici le moyen que je crois le plus employé et le plus utile, pour en obtenir tout l'avantage convenable ; il ne faut pas les appliquer, comme on le fait généralement, derrière l'apophyse mastoïde, mais bien les placer une à une avec un tube, autour du méat auditif, dans ce méat et dans la fosse qui est située derrière le tragus, et si cela devient nécessaire, au devant de cette saillie, dans le creux qui se forme lorsqu'on abaisse la mâchoire (bien

entendu que l'on doit placer auparavant, dans le canal auditif, un tampon de coton destiné à empêcher les sangsues de pénétrer trop avant, et à prévenir l'introduction et la coagulation du sang). Quatre ou six sangsues appliquées dans les points que je viens d'indiquer produiront un soulagement aussi immédiat et aussi permanent que trois fois le même nombre appliqué sur la région mastoïdienne. L'application des sangsues au devant du tragus donne aussi de beaucoup meilleurs résultats que leur application sur l'apophyse mastoïde. Cependant, lorsque cette dernière apophyse est malade, les sangsues doivent être appliquées à son pourtour. Quelquefois, lorsque les points que nous avons indiqués sont gonflés et enflammés, on place les sangsues au dessous du lobe de l'oreille, derrière la branche de la mâchoire. Je ne connais aucune autre affection de l'oreille dans laquelle l'application de sangsues suivant la méthode que j'ai indiquée donne des résultats aussi immédiats et aussi favorables. On revient à cette application non-seulement le lendemain, mais aussi le même jour, jusqu'à ce que les douleurs aient été soulagées, et que la rougeur et l'injection aient considérablement diminué.

Les applications tièdes et humides rendent de grands services dans ces cas ; ainsi l'on dirige vers l'oreille, à l'aide d'un long tube étroit, de la vapeur d'eau chargée de substances médicamenteuses : de jusquiame, d'opium, de belladone, ou seulement de vapeurs d'eau émollientes. Les Russes emploient, pour calmer les douleurs d'oreille, un petit appareil qui peut être de quelque utilité : c'est une espèce d'entonnoir en linge dont la petite extrémité est appliquée sur le méat auditif, tandis que l'extrémité évasée est destinée à recevoir les vapeurs de diverses substances balsamiques que l'on fait brûler lentement à ce niveau. Un cataplasme de farine de lin, bien chaud, que l'on renouvelle toutes les deux ou trois heures, ou mieux que l'on applique le soir en se couchant, produit toujours un grand soulagement. Quant aux lotions et aux fomentations, je les ai trouvées, pour ma part, beaucoup moins utiles dans les maladies de l'oreille que dans celles des yeux.

Comme dans toutes les autres maladies fébriles, il convient de maintenir la liberté du ventre ; mais l'état du tube digestif est loin d'avoir autant d'influence sur les affections inflammatoires de l'oreille que sur celles de l'œil. Il n'en est pas de même de l'état de la peau, dont les fonctions sont presque toujours suspendues, et les sudorifiques, tels que la poudre de James, combinée à de petites doses de pilules bleues et de ciguë, sont parfaitement indiqués dans les premières périodes de la maladie. Il

est presque inutile de dire qu'il faut prescrire l'abstinence des aliments solides, l'emploi des pédiluves, et généralement tous les moyens qui font partie d'un traitement antiphlogistique bien dirigé.

Les révulsifs, en particulier les petits vésicatoires appliqués derrière l'oreille ou au-dessous du lobule, offrent de l'avantage dans les périodes avancées de la maladie, et après l'emploi des saignées locales. Je dirai cependant que les médecins y ont en général trop souvent recours dans les premiers temps de la maladie. Plus tard, au contraire, on n'a qu'à se louer de leur usage, et on se trouve bien de recouvrir les substances dénudées avec une petite couche d'onguent mercuriel.

Si l'emploi des moyens précédents ne suffit pas à faire disparaître les principaux symptômes, la douleur, la surdité, et surtout la rougeur et l'injection de la membrane du tympan, l'administration des mercuriaux devient indispensable. Telle est ma conviction de l'utilité de ces derniers moyens, que je n'hésite pas à y avoir recours, même dans les premières périodes, et j'ai cru remarquer que cette pratique avait pour résultat une amélioration aussi rapide dans ces maladies que dans la plupart des autres inflammations. Au reste, j'emploie les mercuriaux à doses fractionnées et souvent répétées, principalement le calomel et les pilules bleues, combinés avec l'opium. Si l'estomac est bien disposé, j'ajoute une petite quantité de poudre de James. En général, les gencives ne se prennent pas sous l'influence de ce traitement, et j'ai pu le continuer pendant plusieurs jours sans nul inconvénient.

A une période plus avancée de la maladie, on se trouve bien d'administrer de l'iodure ou du bromure de potassium, ou même de très-petites doses de deutochlorure de mercure, avec quelques préparations de quinquina. Ces médicaments activent la résolution des produits morbides déposés par l'inflammation, et facilitent d'autant la guérison.

En général, il ne faut faire aucune injection de quelque nature que ce soit dans l'intérieur de l'oreille ; ces injections, même celles qui sont calmantes, ne peuvent avoir que des effets défavorables. Dans tout le cours de la maladie, il faut examiner tous les jours, même plus souvent si cela devient nécessaire, la membrane du tympan avec un *speculum auris*. Si l'on aperçoit une ulcération, on peut alors la toucher avec un petit pinceau imprégné de nitrate d'argent ; s'il y a un écoulement par l'oreille, que cet écoulement soit dû à la membrane externe du tympan et au canal auditif, à la perforation de la membrane du tympan, ou à

la rupture d'un abcès qui s'est formé dans les parois du conduit auditif externe, on peut faire alors quelques injections dans l'oreille, mais seulement avec de l'eau tiède, ou des substances non irritantes. Il suit de là que les injections astringentes doivent être absolument proscrites. Si l'on voit paraître dans le canal auditif des végétations polypiformes, on les arrache avec une pince, et cette petite opération, lorsqu'elle est bien faite, ne donne lieu, en général, à aucun symptôme inflammatoire.

Si l'apophyse mastoïde ou les parties qui la recouvrent présentent, après avoir participé à l'inflammation, un empâtement profond, avec une fluctuation obscure, il faut, sans hésiter, pratiquer aux parties molles et au périoste une large incision d'un pouce de long au moins. Pour cela, on fait maintenir la tête du malade par un aide, contre un corps dur, tel qu'une chaise à dossier ; et saisissant un bistouri par la lame, à un pouce de son extrémité, on le plonge dans les parties molles jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'os. On donne à l'incision son étendue convenable avant de tirer l'instrument. En général, cette incision est dirigée parallèlement au pavillon, et de bas en haut. Le plus souvent, le bistouri doit pénétrer à un pouce de profondeur avant d'arriver à la collection purulente. Lorsqu'il y a un peu d'écoulement de sang, on l'arrête en plaçant quelques brins de charpie entre les bords de la plaie. Dans quelques cas, l'incision n'a pas donné issue à du pus; cependant le soulagement n'en est pas moins immédiat et considérable. Le traitement à suivre après cette incision varie suivant les circonstances de l'affection, suivant que les os sont eux-mêmes malades, ou que les parties molles seules ont participé à l'inflammation, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

6. *Observation de pustule maligne multiple* (*sept pustules malignes sur le même avant-bras*) ; *insuffisance de la cautérisation seule ; guérison au moyen de la cautérisation aidée des vésicatoires appliqués localement ;* par le docteur Bourguet, chirurgien à l'Hôpital d'Aix.

(Gazette médicale de Paris, N° 22 ; 1848.)

Les faits de pustule maligne multiple consignés dans la science sont assez rares pour nous engager à faire connaître l'observation suivante, qui présente d'ailleurs un assez grand intérêt par elle-même, en raison de la gravité de la maladie et du traitement combiné qui a amené la guérison.

Obs. — A. Br., tanneur, âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin, habituellement bien portant, après avoir travaillé une

partie de la journée du 3 septembre 1846 à déballer des peaux de mouton exhalant une forte odeur de putréfaction, ressent le lendemain une légère démangeaison à la partie externe et antérieure de l'avant-bras droit. Pendant trois jours, il n'éprouve d'autre incommodité que cette simple démangeaison, qui, du reste, est assez modérée ; le quatrième, apparaît dans le point correspondant une petite tache semblable à une piqûre de puce ; en même temps la démangeaison devient très-vive et le membre s'enfle légèrement. Considérant cela comme un bouton ordinaire, Br..... se borne à le recouvrir d'un cataplasme de farine de lin, et il ne me fait appeler que le surlendemain, sixième jour de la maladie, troisième jour après l'apparition de la pustule.

A cette époque, je constate dans le point indiqué de l'avant-bras une tache de couleur rouge foncé, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, présentant à sa circonférence une aréole livide, recouverte dans ce point d'une série de petites phlyctènes isolées les unes des autres et remplies de sérosité de couleur citrine. La main et l'avant-bras sont considérablement tuméfiés. Cette tuméfaction n'est pas œdémateuse ; elle est dure, tendue, rénitente, ne se laissant pas déprimer par le doigt. Le malade se plaint d'un sentiment d'engourdissement et d'endolorissement de tout le membre ; il a de la fièvre, de la soif et un peu de céphalalgie.

Convaincu, d'après ces signes, que j'avais affaire à une pustule maligne, j'en pratique immédiatement la cautérisation avec le chlorure d'antimoine, après l'avoir scarifiée dans toute son épaisseur et circonscrite par une incision circulaire.

Le lendemain matin, je trouve que l'état du malade s'est notablement aggravé : il a passé une mauvaise nuit ; la céphalalgie a augmenté : la langue est sèche ; le pouls petit et concentré : il a une tendance évidente à l'adynamie ; la tuméfaction de la main et de l'avant-bras est plus considérable ; enfin la pustule cautérisée la veille semble s'être un peu étendue, et il n'existe pas de cercle rouge indiquant que le mal est limité et qu'il est complétement arrêté dans sa marche.—Prescription : (*Nouvelle cautérisation avec le beurre d'antimoine*; *cataplasme tonique*, *infusion de quinquina pour tisane*; *potion avec :*

Eau de cannelle.	60 grammes.
— de menthe.	60
Extrait de quinquina.	4
Sirop de quinquina.	30
Acétate d'ammoniaque.	4

M. S. A. — Une cuillerée toutes les demi-heures.

A 1 heure après midi, quatre heures environ après ma dernière visite, on vient m'appeler en m'annonçant que le malade se

trouve beaucoup plus mal. En effet, arrivé auprès de lui, je le vois plongé dans le délire; balbutiant des paroles inintelligibles; la langue est sèche et râpeuse; le pouls extrêmement faible; la respiration suspirieuse et entrecoupée; anxiété générale profonde; enfin, dans l'espace d'une demi-heure, il a éprouvé plusieurs syncopes très-inquiétantes. — J'enlève les pièces d'appareil qui entourent l'avant-bras et reconnais, non sans surprise, qu'à côté de la pustule cautérisée la veille et le matin il en est survenu plusieurs autres, savoir : trois à la partie interne et supérieure de l'avant-bras, une à la partie moyenne et deux à la partie inférieure. Ces nouvelles pustules sont un peu moins étendues que la première; cependant plusieurs offrent le diamètre d'une pièce de cinquante centimes (celle de la partie moyenne serait même plus considérable). Comme la première, elles présentent un fond noir, insensible et très-dur, et sont recouvertes, vers leur circonférence, de petites vésicules remplies de sérosité citrine. Ces six nouvelles pustules sont assez bien circonscrites : il existe entre elles des intervalles dans lesquels la peau est complétement saine. La tuméfaction, bornée d'abord à la main et à l'avant-bras, s'est maintenant propagée à tout le membre, qui présente un volume véritablement monstrueux, et qui, en outre, est insensible et presque froid dans une grande partie de son étendue.

En présence d'un état aussi grave et aussi alarmant, je propose une consultation à la famille; mais, dans l'impossibilité de réunir sur-le-champ les médecins qui doivent y prendre part, vu l'imminence du danger, je ne crois pas pouvoir ni devoir rester dans l'expectative. En conséquence, après avoir scarifié et cautérisé les nouvelles pustules, je fais entourer le bras d'un large vésicatoire disposé en bracelet, s'étendant du pli du coude jusque vers le tiers supérieur du membre; l'avant-bras et le dos de la main sont à leur tour entourés de deux immenses vésicatoires, l'un en avant, l'autre en arrière, de façon qu'aucune partie du membre ne reste à découvert, si ce n'est les doigts et la paume de la main. (*Continuation de la potion tonique, alternée avec quelques cuillerées de vin chaud et sucré.*)

Peu de temps après l'heure fixée pour la consultation (cinq heures du soir), on vient m'annoncer que l'impossibilité de réunir un des consultants pour l'heure indiquée, et surtout l'amélioration survenue dans l'état du malade, depuis l'application des vésicatoires, font qu'on n'a pas donné suite à ma proposition. Arrivé auprès de lui, je trouve qu'en effet l'amélioration est réelle : il répond à quelques-unes des questions que je lui adresse; la prostration est moins profonde; la respiration plus libre; le

pouls s'est un peu relevé : il n'y a plus de lypothymies. J'enlève les vésicatoires qui recouvrent le bras et l'avant-bras : celui du bras a déjà soulevé l'épiderme : ceux de l'avant-bras sont moins avancés. Les pustules n'ont pas augmenté d'étendue : tout le membre est un peu plus chaud ; la tuméfaction semblerait avoir plutôt diminué qu'auparavant. (Prescription *ut supra.*)

Neuf heures du soir. L'épiderme est complétement soulevé au bras et à la face postérieure de l'avant-bras : les phlyctènes se sont ouvertes spontanément dans plusieurs points et ont fourni une grande quantité de sérosité qui a traversé les pièces d'appareil et mouillé même les draps de lit. A la région antérieure de l'avant-bras où siégent les pustules, le vésicatoire est moins avancé et l'épiderme n'y est soulevé que dans quelques points. Une douce moiteur commence à s'établir : le membre est plus chaud et plus souple : le gonflement a déjà notablement diminué. Je donne issue à la sérosité avec la pointe d'une lancette, et panse ensuite avec du papier cérat sans enlever l'épiderme.

Le lendemain matin, l'engorgement du bras, de l'avant-bras et de la main est diminué de moitié ; la chaleur y est complétement revenue, ainsi que la sensibilité : le malade a dormi quelques heures pendant la nuit, il n'a plus eu de syncopes : le pouls est redevenu régulier : il bat 85 à 90 par minute, la langue est humide ; enfin, le malade commence à manifester le désir de prendre du bouillon. Les pustules, examinées avec soin, ne se sont pas étendues ; bien plus, elles présentent pour la première fois un cercle inflammatoire autour de l'eschare, présage heureux d'une terminaison favorable. (*Bouillon ; limonade ; pansement simple des vésicatoires.*)

Afin de ne pas allonger cette observation par des détails sans utilité pratique, nous nous bornerons à dire qu'à partir de ce moment le malade marche vers la guérison. Au bout de douze à quinze jours, les eschares se détachèrent et laissèrent après elles des ulcérations profondes et étendues, au fond desquelles on apercevait dans quelques points les muscles de l'avant-bras, par suite de la mortification partielle de l'aponévrose antibrachiale. D'une autre part, le tissu cellulaire sous-cutané ayant été sphacelé dans une plus grande étendue que la peau, quelques-uns des intervalles de peau saine qui séparaient, comme nous l'avons déjà dit, les pustules malignes les unes des autres, se trouvèrent, après que tout cela se fut détergé, sans adhérences par leur face profonde et furent en partie détruits par la suppuration, en sorte que les sept ulcérations distinctes, qui existaient après la chute des eschares, se réduisirent ultérieurement à

trois, comprenant dans leur étendue la plus grande partie de la région antérieure de l'avant-bras.

La cicatrisation de ces ulcérations se fit lentement et péniblement : elle ne fut complète qu'au bout de six mois, et pendant près d'une année le malade conserva de la gêne et de la roideur dans les mouvements du membre, malgré la précaution que nous avions eue de faire exécuter et d'imprimer nous-même des mouvements fréquents.

Aujourd'hui, grâce aux bains et aux douches de nos eaux thermales d'Aix, Br... a pu reprendre les travaux de sa profession, et il a parfaitement recouvré l'usage du membre.

---

7. *Méningite cérébro-spinale. — Invasion dans la garnison d'Orléans pendant l'hiver* 1847-1848. — *Résumé des observations;* par M. Eus. Corbin, médecin à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

(Gazette médicale de Paris, Nos 23, 24 ; 1848.)

Les malades sont pris de céphalalgie, avec vertige, pesanteur de tête, éblouissements, puis de douleur le long de la colonne vertébrale, le plus souvent à la nuque ou aux lombes, douleur permanente qui s'exaspère par les mouvements et par la pression.

Ils ont de l'exaltation, de l'agitation, de la jactitation, quelquefois de la stupeur. Ils ne sauraient dormir, bien que constamment absorbés.

Le pouls est accéléré et quelquefois tout à fait fréquent.

Ils conservent d'abord l'intelligence et l'intégrité des sensations.

Bientôt la tête se renverse en arrière, comme dans l'opisthotonos ; les pupilles sont contractées ; souvent il y a strabisme, trismus, contracture des extrémités, surtout des supérieures ; quelquefois des convulsions variées, principalement dans les muscles de la face ; et toujours la jactitation, l'exaltation, puis le délire, qui remplissent un ou plusieurs jours.

Les malades tombent ensuite dans le coma. Leurs pupilles restent contractées ou deviennent normales, la vue est trouble et très-imparfaite. Le tact s'émousse aussi, et ils ne sentent pas même qu'on les pince. Ils ne se rendent pas compte de leurs besoins naturels, ne les satisfont pas ou les satisfont sans en avoir la conscience : ils vont et urinent sous eux, en style d'hôpital.

L'insensibilité et le coma vont croissant, il y a résolution des membres, dilatation des pupilles, abolition de la vision ou peu s'en faut, relâchement de la mâchoire. Souvent à ce moment il y a de la sueur, et le pouls, de dur ou normal, devient souple et

plein. Puis se succèdent le râle trachéal, l'agonie communément assez paisible et la mort. Quelques-uns restent en déçà des derniers symptômes; ils guérissent.

Il y a, comme on voit, deux périodes, l'une d'exaltation, l'autre de collapsus, comme dans la plupart des affections aiguës de la moelle et du cerveau. Ces périodes ne sont pas tellement tranchées que l'exaltation ne puisse reparaître après le coma, et réciproquement, quoique moins souvent, le coma se montrer dès la première période. En général, les deux périodes sont assez distinctes. Il y a d'ailleurs, dans toutes les phases, des hauts et des bas, comme on dit vulgairement, et quelquefois, à une époque avancée, des intervalles de mieux, pendant lesquels reviennent la connaissance et le sentiment des douleurs, rachialgie ou autres, qu'on croyait disparues, parce qu'elles étaient muettes.

Généralement rapide dans ses progrès, violente dans ses manifestations, la maladie varie pourtant comme marche et comme physionomie.

Quelques sujets sont pour ainsi dire foudroyés. En pleine santé du moins en apparence, ils sont frappés d'étourdissement, au milieu de leurs occupations, de leurs chants, en descendant la garde ou dans le sommeil. On les apporte à l'Hôtel-Dieu dans le coma. Ils succombent, sans avoir passé par la période d'exaltation, en trente-six ou quarante-huit heures.

Chez d'autres, la période d'exaltation est courte, de quelques heures seulement, et la mort aussi prompte que pour les premiers.

D'autres arrivent à peine malades et pour autre chose, pour un rhume, par exemple, ou une varicelle, comme je m'en rappelle un cas. On soupçonne plutôt qu'on ne reconnaît la cérébro-spinite, et quand elle éclate, c'est si fort et si vite, qu'elle les emporte encore presque dans le même temps, en trois ou quatre jours.

Il en est, en plus grand nombre, chez qui le mal se développe moins vite et comme à loisir par comparaison. Il y a des prodromes, céphalalgie, courbure, exaltation, pendant un, deux, trois jours ou plus. La période d'excitation et de contraction est égale ou plus longue; la prostration et le coma sont progressifs. Le mal dure en tout de huit à douze jours, quand il aboutit à une catastrophe.

Un certain nombre enfin, le moindre nombre, se traîne jusqu'au vingtième, trentième, quarantième jour et au-delà; les uns pour succomber encore, au bout de ce terme, à des complications, aux eschares ou aux suites naturelles de l'affection cé-

rébrale et rachidienne ; les autres pour se relever, bien lentement, bien péniblement.

A en juger par le petit nombre de nos guérisons, en général la convalescence est longue et laborieuse, ce qu'on sait d'ailleurs. Un seul, sur les six, est sorti le dix-septième jour. Il y en a un qui séjourne encore à l'heure qu'il est (après trois mois et plus), par suite de diverses complications.

Notre épidémie, si restreinte qu'elle ait été, nous a présenté toutes ces variétés.

Comme symptôme accessoire, mais caractéristique, je note cet herpès labialis signalé par tous les auteurs. Je crois l'avoir vu chez beaucoup. Il n'est noté que sur six malades des derniers temps, dont trois ont guéri, trois sont morts.

Quand ils succombent, et c'est le plus grand nombre, on trouve à l'autopsie :

La moelle épinière ramollie, surtout au-dessous du renflement cervical et dans le haut de la portion dorsale, ou au-dessus du renflement lombaire, souvent aux deux points en même temps, dans une longueur de 3, 4, 6, 10, 12 et 14 centimètres : quelquefois à un moindre degré, dans divers autres points de la portion dorsale, jamais toute la moelle d'un bout à l'autre.

Autour de la moelle épinière, une injection des vaisseaux de la pie-mère plus ou moins prononcée, et ordinairement en lacis très-pressé, de haut en bas, ou peu s'en faut. Cette injection pénètre parfois jusque dans la substance de la moelle, principalement, mais non toujours dans les points ramollis, qui ont alors une coloration rougeâtre ou seulement rosée.

Plus en dehors, une grande abondance de liquide cérébro-spinal, souvent trouble, lactescent ou même purulent. Ce liquide s'accumule surtout dans la région dorsale et beaucoup plus encore dans la région lombaire, un peu sans doute par l'effet de la pesanteur. Toutefois il y a un excédant réel dans ce point, et le liquide ne reflue pas entièrement vers la tête quand on place le corps sur un plan horizontal, ni même en élevant le bassin. Souvent les nerfs lombaires et sacrés sont baignés de ce même liquide, qui pénètre dans leurs gaînes.

Quand la maladie s'est prolongée seulement plusieurs jours, il y a dans le même espace, entre l'arachnoïde et la pie-mère, à la face postérieure de la moelle, une couche de pus liquide ou concret et pseudo-membraneux, sous forme de taches, de traînée ou de bande continue, large d'environ 1 centimètre, longue de 4, 5, 6, 12 ou plus. Comme l'épanchement, cette production morbide existe surtout en bas, où elle est plus abondante ; et le

liquide qui infiltre les gaînes est alors gélatineux ou puriforme.

La surface externe de l'arachnoïde rachidienne n'offre rien de notable en général.

Plus en dehors encore, on trouve les sinus de la dure-mère rachidienne gorgés de sang à un degré extrême, comme variqueux, et quelquefois du sang extravasé, même en caillots, dans le tissu cellulaire sous jacent à la dure-mère : deux choses encore plus prononcées habituellement à la région lombaire que partout ailleurs.

Ces diverses lésions, tant de la pulpe que des membranes, se rencontrent aussi dans le crâne, moins prononcées seulement ou moins nombreuses.

La substance cérébrale est quelquefois ramollie partiellement, à un faible degré, comme aussi le cervelet.

Elle est pâteuse en quelque sorte, sans élasticité aucune, et en raclant elle se laisse facilement enlever par le scalpel. C'est surtout dans les couches optiques et les corps striés que nous avons remarqué cet état. Une fois un hémisphère entier, le droit, était tel ou un peu plus mou. Quelquefois, quand il existe un épanchement dans les ventricules, la surface des couches optiques et des corps striés est érodée et comme ulcérée partiellement. Avec ou sans ramollissement, la pulpe cérébrale est quelquefois sablée. Il y a dans la cavité des ventricules une certaine quantité de sérosité, quelquefois limpide, plus souvent trouble et purulente. Cinq fois, nous y avons trouvé du pus phlegmoneux dans la grande cavité, et dans l'arrière-cavité, comme M. Gasté, une masse, variable pour le volume entre une noisette et une petite noix, de pus concret et comme tuberculeux.

Entre l'arachnoïde et la pie-mère il y a du pus demi-liquide ou concret et pseudo-membraneux, généralement peu et par taches à la convexité, plus abondant, plus épais, souvent par couche à la base, notamment en arrière de la commissure des nerfs optiques, dans la scissure de Sylvius, le long des gros vaisseaux et à la face supérieure du cervelet. La pie-mère est généralement injectée.

La surface externe de l'arachnoïde cérébrale est quelquefois sèche et un peu poisseuse ; l'arachnoïde elle-même est opaque dans les points qui recouvrent des plaques couenneuses, souvent normale ailleurs.

Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang en partie caillé.

Dans le thorax, on trouve souvent les poumons engoués ou même hépatisés en arrière, des pneumonies hypostatiques ; quel-

quefois d'autres complications, des pleurésies, par exemple, comme nous en avons vu deux cas.

Les viscères abdominaux sont sains généralement, à part une légère saillie des follicules de Brunner (psorentérie), quelquefois aussi des glandes de Peyer, parsemées alors de pointillé noir.

Quatre fois enfin il s'est trouvé du pus épais, en abondance dans les articulations huméro-cubitales et fémoro-tibiales, dans les quatre à la fois et dans aucune autre.

Dès maintenant, après avoir lu ce résumé des symptômes et des lésions de notre épidémie, et l'avoir comparé aux descriptions antérieures, on ne saurait douter de l'identité de la maladie.

Poursuivons cette comparaison jusque dans les détails, en laissant de côté les symptômes principaux qui viennent d'être rappelés, et en nous attachant surtout à certaines particularités que la description générale n'a pas fait ressortir.

La pâleur, chose singulière dans une pareille affection ! Dix-huit hommes sur vingt étaient pâles au début, et sont restés tels pendant la plus grande partie de la maladie et de la convalescence.

Le pouls était généralement peu fréquent, mais il l'était, quelquefois même au-dessus de 100 (114, 117, etc.) Beaucoup d'auteurs ont signalé l'absence de fièvre. Chez trois individus, le pouls s'est montré irrégulier ou intermittent.

La respiration était gênée, fréquente, suspirieuse. Ceci a été rarement noté dans les précédentes épidémies. Il en est de même de la cyanose des extrémités supérieures, observée par nous chez un certain nombre assez longtemps avant la mort.

La contracture, indiquée rarement ou à un faible degré (voir M. Tourdes, p. 81), a été pour nos malades l'état habituel, la règle au lieu de l'exception ; et elle était très-prononcée, notamment aux membres supérieurs, qu'on remarque d'ailleurs davantage. Quelquefois à un moindre degré, elle existait en même temps, jamais isolément, aux membres inférieurs.

La contraction des pupilles. Ç'a été pour nous l'état habituel, à peu près général, dans la première période, tandis que, dans d'autres épidémies, on a observé l'état normal à peu près aussi fréquemment, et quelquefois la dilatation. Dans la deuxième période, la dilatation a été fréquente chez nos malades, et notamment elle a existé chez tous ceux qui ont succombé. Nous reparlerons tout à l'heure du trouble ou même de l'abolition de la vision à cette période.

Le trismus a été noté dans cinq cas, le strabisme chez les deux

tiers et toujours le strabisme divergent. Le strabisme a été remarqué par les observateurs chez une proportion beaucoup moindre de malades; et je crois que cette particularité du strabisme divergent est notée ici pour la première fois.

De paralysie des membres, nous n'en avons point observé. Il y avait quelquefois dès la première période, toujours dans la seconde, une résolution incomplète, qui devenait habituellement complète et qui n'excluait pas toujours la guérison.

A côté de la rachialgie commune à tous nos malades, jamais nous n'avons observé cette exagération de la sensibilité tactile, telle qu'on ne peut toucher un membre, si doucement que ce soit, sans provoquer des cris ; symptôme indiqué par M. Tourdes et autres, et relaté dans les descriptions classiques, notamment dans celle de M, Grisolles. Par contre, nous avons trouvé la sensibilité notablement diminuée dès la première période ou même abolie, ce que M. Tourdes n'a point observé : on pinçait les malades sans qu'ils se plaignissent, nous l'avons dit.

Chez les deux tiers de nos malades, nous avons noté un affaissement très-prononcé ou même l'abolition de la vue, surtout dans la deuxième période et indépendamment du coma, ce qui s'accorde avec la dilatation de la pupille, tandis que la vue a été rarement altérée ou troublée, au rapport de M. Tourdes.

Autre modification de la sensibilité : le goût nous a paru souvent aboli et quelquefois perverti. Nos malades, généralement altérés, buvaient avec la même avidité l'eau de Sedlitz et de groseilles. Quelques-uns prenaient avec délices les potions musquées, un surtout qui avala d'un trait une potion de 100 grammes où il entrait 30 centigr. de musc, qu'on avait laissés par hasard à sa disposition.

Notons en passant l'altération, la soif, quelquefois excessive, qui n'a pas souvent été remarquée dans les autres épidémies. Cela va avec la fièvre, plus habituelle ou plus prononcée chez nos malades,

Notons en même temps la sueur très-fréquente et souvent abondante dans la seconde période; ce qui n'a guère été observé que comme exception par nos devanciers. Sept seulement de nos malades avaient la peau sèche.

A peine avons-nous observé, et en tout cas très-exceptionnellement, ce retour prompt de l'appétit, contemporain, dit-on, de l'amélioration la plus légère et signalé par beaucoup d'observateurs.

Enfin (et c'est une différence capitale), chez un seul malade nous avons vu, passagèrement encore, le vomissement bilieux

signalé par MM. Lamothe et Lespès comme général, comme très-fréquent par tous ou presque tous les observateurs, surtout au début de la maladie. Chez un autre malade, il y a eu des éructations.

La diarrhée si habituelle et si tenace des autres épidémies, surtout dans la deuxième période, n'a point existé chez nos malades ; celle qu'on provoquait par des purgatifs n'avait point de suite. Tous ou presque tous étaient constipés ; de sorte que pour nous les symptômes gastro-intestinaux ont manqué, bien qu'à l'autopsie nous ayons trouvé et mentionné ci-dessus les lésions intestinales rudimentaires indiquées par plusieurs observateurs, notamment l'engorgement des follicules et le pointillé noir.

Quelle importance attacherons-nous aux particularités suivantes ?

Chez presque tous nos malades, il y avait entre les paupières une sécrétion puriforme abondante et épaisse, laquelle s'accumulait en petits globes dans le grand angle, comme dans certaines conjonctivites et blépharites, notamment dans la cocote, particularité signalée dans presque toutes les épidémies.

En outre, chez tous ceux qui ont succombé, la cornée s'est voilée ; elle s'est couverte d'un enduit terne, granuleux ou pulvérulent dans le cours de la seconde période, souvent même dès le commencement ; ce qui nous a rappelé la *toile glaireuse* indiquée par M. Tourdes.

Les narines ont souvent été pulvérulentes, comme dans les affections typhoïdes. Deux malades ont eu des eschares au sacrum, peut-être un peu prématurément. Quelques cas d'ailleurs ont offert l'apparence typhoïde.

En somme, l'existence de deux périodes assez tranchées, les phénomènes de contracture, la diminution notable ou l'abolition de la sensibilité tactile, de la vision, du goût, l'absence de phénomènes gastro-intestinaux, tels sont les principaux traits qui ont donné à notre petite épidémie sa physionomie spéciale.

Ces légères dissemblances, ces différences dans l'ordre et la fréquence de tel ou tel symptôme, ne sauraient changer le caractère de la maladie. Évidemment nous avons eu affaire au même cas que MM. Faure-Villar, Gasté, Forget, Tourdes ; c'est à eux que nous en appelons. Or nous avons trouvé des lésions différentes ; ils l'auront remarqué, si quelques-uns d'entre eux nous ont fait l'honneur de nous lire, et c'est à partir de ce point que nous nous séparons d'eux.

L'ensemble est identique, notamment ce qui regarde la méningite cérébrale et rachidienne. Il n'en est plus de même pour

l'état des parenchymes, moelle et cerveau, moelle surtout. Pour nous, la lésion principale est le ramollissement de la moelle, indiqué par M. Chauffard seul, très-brièvement, sur un ou deux sujets, et qui n'a été retrouvé depuis, ni par M. Faure, ni par M. Gasté, ni par M. Tourdes. M. Forget seul, et une seule fois, à la fin de son obs. XV, note *une légère diminution dans la consistance de la moelle.*

Nous qui venons après tant d'observateurs éminents et qui avons trouvé tout autre chose, nous ne saurions prétendre qu'on nous croie sur parole. Il nous faut donner des détails et des preuves, dût-il y avoir répétition et double emploi.

Pour ce qui regarde la moelle, nous ne comptons que treize autopsies, ayant négligé d'ouvrir le rachis chez le premier de nos malades. Nous n'étions pas sur nos gardes, et les lésions cérébrales nous ont semblé une explication suffisante des symptômes.

Sur treize autopsies donc, dix fois nous avons trouvé la moelle ramollie, surtout au-dessous du renflement cervical, par conséquent au niveau de la dernière vertèbre cervicale et des premières dorsales, ou encore au-dessous du renflement lombaire, au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, quelquefois dans les deux points à la fois. L'intervalle entre ces deux points, soit le milieu de la moelle dorsale, était généralemeut sain, souvent même d'une fermeté remarquable, hors dans un cas où, de haut en bas, entre les deux ramollissements principaux, il existait tant de petits foyers partiels, qu'un peu plus ou un peu moins, toute la moelle dorsale était pour ainsi dire ramollie.

Quant aux ramollissements principaux, ceux des extrémités ou de l'une des extrémités de la moelle dorsale, voici quels en étaient l'aspect et les caractères.

Le canal vertébral ouvert par une coupe large qui n'offensait pas les membranes; la dure-mère incisée à son tour; le cordon rachidien mis à découvert et encore enveloppé de l'arachnoïde, on sentait sous le doigt, dans le point ramolli, une consistance moindre que dans les autres régions, tellement moindre qu'il y avait souvent fluctuation. Quand on incisait l'arachnoïde, la pulpe nerveuse faisait hernie ou même bavait par la moindre ouverture; et quand on agrandissait l'ouverture, qu'on fendait la moelle de haut en bas et d'avant en arrière, la substance s'étalait, au lieu de s'écarter en deux moitiés distinctes. Sous un filet d'eau, elle s'écoulait en putrilage en majeure partie, et ne laissait adhérents aux membranes que des flocons ou des filaments

déchiquetés. Aussi retrouvons-nous presque toujours, dans nos notes d'autopsie, les mots *diffluent* ou *putrilage*.

Cet état existait dans la longueur indiquée ci-dessus, de 2 à 6 et jusqu'à 14 centimètres, plus ou moins étendu, surtout plus ou moins avancé généralement, suivant l'ancienneté de la maladie.

Du moment que nous indiquons des limites, inutile de dire qu'au-dessus et au-dessous la moelle était saine, et que les mêmes épreuves par le toucher, par l'incision, par un filet d'eau, étaient sans résultat ; souvent même nous avons noté la fermeté exceptionnelle des parties contiguës au ramollissement, qui cessait brusquement à un point donné, et c'est seulement par exception que quelquefois le ramollissement, dans les parties voisines, se fondait, par une dégradation insensible, avec l'état normal.

Ces ramollissements étaient généralement blancs, et quand il y avait de l'injection, elle était peu prononcée.

Ils coïncidaient le plus souvent avec des degrés plus prononcés de la méningite dans le point correspondant, avec les accumulations, dans la pie-mère, de pus concret ou de sérosité purulente. On ne saurait toutefois attribuer le ramollissement à l'imbibition ; car, outre que parfois il existait sans épanchement, nous n'avons jamais trouvé ramolli le renflement lombaire, baigné, comme on l'a dit, par une énorme quantité de liquide.

Les détails qui précèdent excluent l'idée d'un ramollissement cadavérique, suite de putréfaction. Disons toutefois que nous ouvrions les cadavres vingt-quatre ou trente heures, trente-six au plus après la mort, et nous étions en décembre, janvier, février, mars.

Notons aussi une turgescence, une hypertrophie apparente de la moelle, état constaté, je crois, plus habituellement dans le cerveau par d'autres observateurs (MM. Faure-Villar, Forget), qui d'ailleurs s'est rencontré rarement dans nos autopsies avec ou sans ramollissement, soit au même point, soit à d'autres.

Ajoutons enfin qu'indépendamment des ramollissements proprement dits, soit étendus, soit en petits foyers circonscrits, dans d'autres parties quelquefois, la consistance de la moelle a paru notablement diminuée. Quelques jours de plus, quelques heures peut-être, et il y aurait eu ramollissement.

Nous avons trouvé ce même état (le ramollissement à un faible degré) trois fois dans les couches optiques et les corps striés, plus ou moins superficiel ou profond, produit peut-être par imbibition, un épanchement existant en même temps dans les ventricules ; la voûte à trois piliers et les commissures, comme tou-

jours en pareil cas, étaient plus molles et diffluentes. Une fois un hémisphère (le droit) était ramolli en majeure partie. Le cervelet s'est trouvé plusieurs fois dans le même état. Ces lésions de l'encéphale peu nombreuses, légères ou douteuses, si elles étaient isolées, empruntent ici quelque importance de la concomitance des lésions identiques dans la moelle épinière : c'est pour cela que nous les rappelons.

J'abandonne toutefois sans autre discussion l'article du ramollissement cérébral, lésion trouvée rarement et alors dans les commissures ou les parois, attribuée d'ailleurs avec vraisemblance à l'imbibition.

Il me suffit d'avoir établi que, dans la maladie dite jusqu'ici méningite cérébro-spinale, sous une forme donnée, à un degré donné, il y a ramollissement de la moelle épinière ; car on ne saurait douter, nous l'avons dit plus haut, que nous n'ayons eu affaire au même cas, M. Chauffard et moi, d'une part ; d'autre part, MM. Faure-Villar, Gasté, Forget, Tourdes. Si ces derniers observateurs n'ont point trouvé la moelle ramollie, si M. Chauffard n'a trouvé cette lésion qu'accidentellement, tandis que nous l'avons trouvée à Orléans dix fois sur treize, c'est que la maladie a des degrés, qu'elle attaque plus ou moins profondément les centres nerveux, tantôt les méninges seulement, tantôt les parenchymes. Aussi l'appellerais-je volontiers *méningo-myélite*, *méningo-encéphalite*.

Autre lésion particulière à notre épidémie, ou du moins qui n'a pas été décrite, que je sache : je veux parler de cet engorgement variqueux des sinus vertébraux avec transsudation du sang jusque dans le tissu cellulaire, signalé sommairement dans la description générale.

Cette lésion, que je crois avoir vue plus souvent, est notée trois fois seulement dans les autopsies de nos militaires. Je possède un quatrième fait, dont il sera question plus bas. Voici les détails.

Les sinus vertébraux engorgés, variqueux, figuraient en avant et en arrière des bandes transversales bleuâtres, à peu près comme dans ces belles injections des musées anatomiques.

Dans le tissu cellulaire extérieur de la dure-mère, le sang était extravasé en ecchymose, en nappe légère, ou même en petits caillots, qui pouvaient équivaloir à de petits pois verts ou un peu plus. Nous n'avons pas constaté de solution de continuité aux sinus, qui du reste n'ont pas été injectés. Dans certains endroits, l'ecchymose et les caillots réunis formaient une enveloppe annulaire, un canal complet autour de la dure-mère. Le petit nom-

bre des faits m'engage à préciser les points et les longueurs.

Dans un cas, cet état existait dans toute la région dorsale et au-dessus, depuis la septième cervicale inclusivement jusqu'à la première lombaire exclusivement; dans un autre, de la septième cervicale à la troisième dorsale, inclusivement pour les deux; dans un troisième, de la sixième cervicale à la troisième dorsale, au-dessous de laquelle il s'interrompait pour reparaître de la onzième dorsale à la quatrième lombaire. L'engorgement des sinus et l'ecchymose étaient plus prononcés dans les parties les plus basses.

Chez une jeune fille (le quatrième exemple indiqué ci dessus), qui mourut dans le même temps et de la même maladie, à l'Hôtel-Dieu, après quarante-huit heures de séjour, on trouva autour de la dure-mère la même extravasation sanguine avec caillots. L'utérus de cette fille contenait un embryon de 6 à 7 semaines, ce que je relate en passant à cause de l'immunité apparente des femmes grosses dans l'épidémie de Strasbourg.

Je reviens à la lésion, et j'achève en rappelant que très-habituellement, sinon toujours, les sinus de la dure-mère étaient également distendus par du sang en partie caillé.

Cet état des sinus et les extravasations sanguines sont une vérification matérielle de cette *période* ou *forme congestionnelle*, admise par M. Forget et par d'autres, comme premier degré de la maladie. On en peut conclure aussi l'urgence de la saignée large et réitérée dès l'invasion.

Je m'arrête. Avant de parler traitement, il me faut émettre une opinion sur la nature de la maladie et sur ses causes probables.

D'après les données ci-dessus, symptômes et lésions, il y a suivant moi, dans ce cas, inflammation évidente, non des méninges seulement, mais de la substance nerveuse, idée qu'on a dû pressentir par le mot *myélite*. Si le ramollissement des centres nerveux, notamment de la moelle, semblait à quelques-uns n'être point inflammatoire, à cause de l'absence fréquente d'injection, de turgescence ou de coloration verdâtre, observons que le ramollissement a constamment été accompagné de méningite suppurée, et proportionné pour le degré à l'intensité de la méningite, du moins généralement. L'altération des méninges, de la pie-mère notamment, étant inflammatoire, comment supposerions-nous une autre origine, une nature différente à celle du parenchyme, qui en est recouvert et pénétré?

Faut-il voir quelque chose de spécial dans cette inflammation? une variété de rhumatisme, avec M. Lavoran, à qui messieurs

les chirurgiens militaires prêtent cette opinion? un empoisonnement miasmatique, avec MM. Tourdes, Gasté, Faure-Villar? Je ne saurais dire. Dans le peu que j'ai vu, chacun saura démêler ce qui est favorable à l'une ou à l'autre opinion : d'une part, l'existence du pus dans les grandes articulations, constatée par nous quatre fois, exceptionnellement par conséquent ; et d'autre part l'herpès labialis chez six de nos malades, la conjonctivite purulente chez presque tous; la varicelle, antérieure à la maladie, chez un, consécutive chez deux; la forme typhoïde chez plusieurs. Pour moi, j'admets une inflammation pure et simple, sans rien préciser de plus.

Les partisans de l'empoisonnement miasmatique arguent également des causes de la maladie. J'y arrive, et ce que j'en dirai peut être envisagé par le lecteur à leur point de vue.

L'époque de l'année où nous avons observé la maladie, du 1er décembre 1847 au 28 mars 1848, est la même que pour la plupart des épidémies, notamment pour celles décrites par MM. Faure-Villar, Gasté, Chauffard, Forget et Tourdes, comme n peut le voir ci-dessus.

Presque tous nos malades étaient des recrues nouvellement arrivées au corps, après des marches fatigantes. Ils venaient de la Loire-Inférieure, de la Haute-Garonne, du Bas-Rhin, de la Moselle, un pour chaque département ; de la Charente-Inférieure, deux ; de la Dordogne, trois ; de l'Isère, cinq ; total, vingt.

La plupart étaient remarquables par la force de la constitution. Je renvoie aux précédents observateurs, notamment à MM. Faure-Villar, Forget, pour des concordances sur ces divers points, très-importantes, suivant moi.

Plusieurs malades se sont plaints à nous de la multiplicité des exercices, cause déterminante de la maladie, dans leur opinion. Ce serait une concordance de plus avec les observations antérieures. Je dois dire toutefois qu'il s'agit des premiers exercices, de la tenue, de la marche, et qu'au rapport de M. Liard, aide-major, le 21e, qui n'a donné que deux malades, est précisément le corps où l'instruction a été poussée avec le plus d'activité. Il est vrai que le contingent de ce corps était meilleur et le logement plus sain, ce dont nous allons parler.

La cause principale à nos yeux (et en cela nous sommes d'accord avec M. Tourdes, avec M. Gasté et avec la plupart des médecins militaires), c'est l'encombrement, ce qui suppose l'altération de l'air, combiné quelquefois pour le soldat avec des habitations malsaines et souvent, pendant l'hiver, avec une tem-

pérature trop élevée dans les corps de garde ou dans les quartiers. La caserne de Saint-Charles, qui a fourni la plus grande proportion de malades, est un vieux bâtiment situé au-dessous du niveau du sol ; le rez-de-chaussée, il est vrai, est inhabité : ce sont des caveaux qui servent de magasins ; le premier étage avait été inondé l'année d'avant à une très-grande hauteur ; les murs étaient humides, au point que l'eau en suintait. Ces conditions ont été constatées dans un rapport de M. Tholozan, aide-major du 7e léger, logé dans cette caserne. Peu après l'invasion de la maladie, sur les représentations de M. Boudin, envoyé par le ministre de la guerre, ces salles furent évacuées, et l'on fit caser les hommes du bataillon dans les étages supérieurs, déjà pleins. Là aussi les murs étaient humides à cause de leur vétusté et les planchers très-bas. Non contents d'être ainsi entassés pendant la nuit, le jour, en dépit des règlements, les hommes de diverses chambrées se réunissaient dans une même pièce, mettant en commun, pour alimenter un seul poêle, leurs rations de bois, et se dispensant le plus que possible d'ouvrir les portes et fenêtres ; inutile de dire qu'ils chauffaient probablement tout autant leurs corps de garde. Or, on se souvient que beaucoup étaient frappés à la suite des gardes, et voici vraisemblablement ce qui arrivait : les hommes, au relevé de la garde, rentraient transis et venaient se coller au poêle, s'y accouder ou même y appuyer la tête ; ou bien, sortant de cette étuve, ils allaient se geler à la garde. Autant en arrivait-il aux chambrées trop échauffées, pour les entrants et sortants. Qui des deux faisait le mal, ou le trop de chaleur au dedans, ou le froid en sortant? Peut-être tous les deux, l'un et l'autre pouvant donner lieu à une congestion des centres nerveux.

Quoi qu'il en soit, par suite de l'encombrement et des circonstances locales, le 7e léger, caserné à Saint-Charles, a fourni 11 malades sur un effectif qui a varié, de décembre à mars inclusivement, entre 579 et 462. Tandis que le 5e léger et le 21e de ligne, logés à l'étape, dans de meilleures conditions, n'ont donné que 9 malades, sur un effectif de 1,022 à 840, pendant les mêmes mois.

Les précédents observateurs, notamment MM. Forget et Tourdes, ne regardent pas la maladie comme contagieuse. La jeune fille qui en fut atteinte et qui en mourut était la maîtresse d'un militaire, maîtresse avérée et grosse de lui. A mes yeux, ce fut coïncidence fortuite, d'autant plus que je n'ai pu vérifier si ce militaire eut la maladie. Je la cite, parce que le point est en litige.

Puisque j'ai parlé de la population civile, cette jeune fille, autant que je l'ai pu savoir, a été le seul et unique cas de méningite cérébro-spinale évidente et vérifiée par l'autopsie. Toutefois, dans les derniers jours de mars, pendant le déclin de notre petite épidémie militaire, M. Tholozan vit périr en quarante-sept heures à la caserne de Saint-Charles, dans un logement particulier, un enfant de troupe du 7e léger, âgé de trois ans, qui avait présenté tous les symptômes de la méningite rachidienne : l'autopsie ne fut pas faite. Et dans le même temps, je traitai en ville deux petites filles de 3 ans, qui offraient des symptômes fort analogues, notamment chez l'une d'elles, l'opisthotonos, très-prononcé pendant plusieurs jours. Ces enfants habitaient des quartiers fort éloignés l'un de l'autre et des hôpitaux ou casernes : ils guérirent. Voilà, dans tous les cas, tout ce qui peut se rattacher à la méningite cérébro-spinale, de près ou de loin, dans les maladies du moment.

Qu'est-ce que cela, en déduisant l'enfant de troupe surtout? Un cas avéré, deux peut-être et un douteux. Il y a loin de là à nos vingt malades militaires ; et comme il y a la même proportion et au delà entre les autres épidémies civiles y compris celle de Dax, y compris la population de Strasbourg et la masse énorme des malades de l'armée, il s'ensuit qu'il y a dans la vie militaire une cause spéciale de cette maladie. Cette conclusion est forcée, évidente et inattaquable, quelle que soit la cause, quelle que soit la valeur de nos déductions étiologiques.

Notons toutefois, à l'appui de ces déductions, que, dans la population civile, ceux-là seuls sont attaqués ou à peu près, qui habituellement vivent dans des maisons mal aérées, malsaines, les pauvres en un mot.

Notons enfin, après tant d'autres, qu'à Orléans, comme on a pu le remarquer, l'épidémie, après avoir régné l'hiver, a disparu au printemps, où toutes les demeures reçoivent l'air en ami non plus en ennemi.

Et si alors, d'après toutes ces observations concordantes, cette cause inconnue, mais réelle, inhérente à la vie militaire, n'était autre que l'encombrement et le mauvais air, la première mesure préventive à adopter, ce serait de donner au soldat une quantité suffisante et au delà, s'il est possible, d'espace et d'air pur, avec une température douce, sans être élevée, pendant l'hiver. Il faut lire sur ce sujet M. Gasté, qui l'a développé avec intelligence et avec âme, beaucoup mieux que nous ne saurions faire. Les règlements militaires semblent avoir pourvu à tout sur ce point et sur les autres nécessités de l'hygiène. Ils sont parfaits

ou peu s'en faut, vu qu'ils émanent en grande partie de nos savants confrères de l'armée. Mais il les faut observer. Il faut faire plus encore pour les recrues, auxquelles la réclusion doit être plus nuisible au sortir de la vie des champs, qui sont moins bien dressées aux soins de propreté, et dont les incorporations, tant soit peu nombreuses, sont une occasion presque inévitable de maladies, en nombre proportionnel, au dire des hommes compétents.

Quant au traitement, la maladie étant inflammatoire, il doit être, suivant nous, surtout antiphlogistique. Basés sur cette idée, généralement admise, le mien et celui d'un de nos collègues, qui a traité passagèrement huit des malades, se sont composés de moyens bien connus, bien usités en pareil cas. Néanmoins je les décris ici en détail, non comme modèle assurément, mais pour qu'on sache historiquement que tel traitement donné mène à tel résultat en fait de mortalité.

Tous les malades ont été saignés, surtout dans la première période et particulièrement au début. On les saignait une, deux, trois ou quatre fois, en tirant de trois à cinq palettes, suivant la force du sujet et suivant que l'excitation persistait plus ou moins.

On leur apposait des sangsues, plus ou moins, suivant les mêmes conditions, généralement en nombre moyen, de vingt à soixante-dix. Selon le siége de la douleur, on les mettait au-dessous des apophyses mastoïdes ou aux jugulaires, sur les côtés du rachis, soit à la nuque, soit aux lombes, quelquefois à l'anus.

A certains, une même apposition de sangsues, de trente par exemple, se faisait successivement par quatre, cinq, ou six, de manière à entretenir l'écoulement du sang pendant une demi-journée.

Ces saignées locales étaient souvent combinées avec les saignées générales; d'autres fois elles ne venaient qu'après chez tel malade, dont la force ne permettait ni l'emploi simultané des deux moyens, ni la continuation de la saignée à un moment donné.

Nous combinions toujours avec les évacuations sanguines le traitement révulsif. Des sinapismes promenés journellement, à plusieurs reprises, sur les extrémités inférieures; des vésicatoires aux jambes, aux cuisses, à la nuque ou sur le vertex. Tous les malades en ont eu au moins une paire aux jambes ou aux cuisses, ou les deux paires successivement; beaucoup en ont eu à la nuque, un ou deux seulement au vertex. La prédominance

de tel ou tel symptôme déterminait le lieu de l'application.

En même temps et surtout dans la première période, nous mettions de la glace sur la tête ou des compresses froides sur le front, avec ou sans intervalles et avec plus ou moins de persistance, suivant les effets.

Presque toujours aussi nous donnions des purgatifs salins, non journellement, mais fréquemment, à dose simplement laxative ou à dose forte et révulsive. C'était ordinairement de l'eau de Sedlitz, la quantité correspondant à 15, 30, 47, 60 et 65 gr. On n'oublie pas que nous n'avons point eu de symptômes gastro-intestinaux et que nos malades étaient constipés un peu plus, un peu moins, suivant les effets ; ce dernier moyen et les révulsifs étaient continués pendant la deuxième période.

Les malades étaient à la diète et prenaient à discrétion, généralement en abondance, des boissons délayantes ou acidules. Dans la convalescence, l'alimentation était lentement progressive, leur appétit du reste n'étant pas exigeant au commencement comme dans les autres épidémies du même genre.

Je dirai en passant que la jeune fille et les enfants cités ci-dessus ont été traités de la même manière.

De médication spéciale nous n'en avons guère employé. Chez deux ou trois malades, l'un de nous a donné de préférence le calomel comme purgatif, à la dose de 60 à 140 centigr. en vingt-quatre heures, par prises fractionnées et n'arrivant que par degrés à 140. Ce médicament n'a pas eu d'autre effet apparent que les évacuations, moins faciles et moins promptes qu'avec l'eau de Sedlitz.

Les frictions mercurielles le long du rachis ont été employées quelque fois à dose moyenne, pendant trois, quatre et cinq jours, sans résultat marqué.

Le musc, à dose croissante de 10 à 50 centigr., administré à plusieurs malades pendant deux, trois, six, huit et neuf jours, quand l'ataxie prédominait, a modifié sensiblement cet état. Il n'a pas fait plus, et je ne puis attribuer à cet agent ni exclusivement, ni même principalement l'honneur d'une guérison. Un seul homme a guéri parmi ceux qui en ont pris, et j'ai usé très-largement pour lui des antiphlogistiques et des révulsifs.

L'opium, sous forme de sirop diacode, a été administré à deux malades, à la dose de 5 à 8 centigr. ; à un troisième, à la dose de 10 et 15 centigr. C'étaient des proportions moyennes entre les quantités minimes de M. Forget, qui s'en est bien trouvé dans quatre cas sur sept, et les hautes doses de M. Chauffard, qui en

a obteuu de merveilleux effets, si merveilleux que l'opium lui a paru le spécifique de la maladie, et que l'application au cas donné a presque eu les honneurs d'une découverte.

Nos essais restreints n'ont pas été encourageants. A petite dose (5 à 8 centigrammes), l'opium a été sans résultat et peut-être nuisible ; à dose un peu significative (15 centigr.), il a nui évidemment. Il augmentait la stupeur, contrairement à l'assertion de M. Chauffard. Nous n'avons guère donné l'opium, il est vrai, que comme pis-aller, quand le cas ou le moment ne suggérait pas d'autre moyen utile. Aussi nous garderons-nous bien de nous inscrire en faux contre M. Chauffard.

Un bain tiède, à coup sûr, deux peut-être ont été donnés avec avantage à un malade qui a guéri.

En somme, avec ce traitement, nous avons vu quatorze morts sur vingt, ou treize sur dix-neuf, en déduisant un homme mort demi-heure après l'entrée, avant qu'on eût rien fait, celui-là même qui donna lieu à la mission de M. Boudin. Nous n'avons pas été plus malheureux que nos devanciers ; il semble même que nous ayons été un peu plus heureux, puisque M. Tourdes résume la mortalité des cas graves dans le chiffre 70 ou 80 pour 100, et nous n'avons compté que des cas graves, les cas légers ayant été traités dans les infirmeries des casernes, et les cas douteux ayant été exclus de cette statistique. Avouons toutefois que, dans le nombre, un des cas qui figurent a été moyennement grave, un presque léger ; ce qui nous ramènerait au chiffre de M. Tourdes.

En présence de ces résultats si décourageants, de ces ramollissements diffluents de la moelle épinière, trouvés à l'autopsie, admettrons-nous que la médecine est impuissante ; que fatalement ceux-là guérissent, chez qui il y a seulement congestion ; ceux-là meurent, chez qui la moelle se ramollit ? Évidemment ce serait trop dire, et les autopsies mêmes prouveraient le contraire, trois de nos malades et des centaines d'autres, dans les épidémies antérieures, ayant succombé sans ramollissement.

Nous pensons autrement : nous pensons que le traitement formulé ci-dessus, et qui est généralement adopté, a prise sur la maladie ; mais il faut agir vite et énergiquement, le résultat final, suivant nos observations, dépendant autant de la promptitude des secours que de la gravité du cas. On limite ainsi la congestion au début, et plus tard le ramollissement. Il ne répugne pas même d'admettre la guérison du ramollissement consommé, jusqu'à un certain degré, la science ayant constaté de pareils cas.

En fait, nous croyons, que, par les déplétions sanguines, messieurs les chirurgiens militaires d'Orléans ont fait avorter un

certain nombre de maladies, et nous croyons fermement avoir été pour quelque chose dans la guérison des six hommes qui ont survécu.

Nous savons le peu de valeur de nos convictions personnelles, basées d'ailleurs sur un si petit nombre de faits. Nous les résumons cependant dans les propositions suivantes :

1° Dans la maladie dite méningite cérébro-spinale, qui a régné épidémiquement depuis dix ans, notamment dans certaines garnisons, l'inflammation s'étend quelquefois jusqu'aux centres nerveux, notamment à la moelle, qui se ramollit. C'est une cérébro-spinite, comme l'a dit M. Chauffard, ou plus rigoureusement une méningo-myélite, une méningo-encéphalite.

2° La maladie règne surtout l'hiver, et paraît provenir principalement de l'encombrement, de l'altération de l'air, peut-être d'une température artificielle trop élevée : d'où résulte, comme moyen préventif, la nécessité des conditions hygiéniques inverses.

3° Le traitement rationnel doit être antiphlogistique et révulsif.

4° Des circonstances spéciales, ce qu'on appelle le génie épidémique, pourraient appeler une médication spécifique, l'opium, si utile à M. Chauffard dans la seconde moitié de l'épidémie d'Avignon.

J'ai terminé comme médecin ; je reprends la parole comme citoyen.

La méningite spinale ou myélite épidémique, comme on l'appelle, sévit presque exclusivement sur l'armée ; et quand elle attaque un corps, elle le décime pour ainsi dire.

Une fois de plus, après le typhus, après tant d'autres épidémies, elle prouve que l'armée, que le soldat, malgré l'apparence contraire, et en dépit des efforts de l'autorité, est moins bien partagé, sous le rapport de l'hygiène, que la population civile.

Si le soldat le savait ! si le peuple le savait !

Or il le saura, non par nous, qui conversons ici en homme d'étude, et qui tout au plus fournirions à petit bruit à nos confrères de l'armée une occasion de plus pour réclamer : il le saura tôt ou tard par les cent voix de la presse politique.

Dieu veuille qu'il ne l'apprenne pas trop à point, quand la méningite aura recommencé ses ravages ! En dehors de ces bruits sur une reprise à Lille et à Paris, il ne faut pas être grand prophète en médecine pour prédire, à l'heure qu'il est, avec vraisemblance des maladies de la moelle épinière et du cerveau.

Il y a ici double matière à réflexion : danger pour les hommes, danger pour l'ordre.

---

8. *Note sur le choléra-morbus observé à Constantinople en* 1847 *et* 1848 ; par M. Monneret, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Bon-Secours (1).

(Bulletin général de Thérapeutique ; mars 1848.)

Les craintes sérieuses, excitées en Europe par la marche incessante du choléra-morbus, décidèrent le gouvernement français à envoyer un médecin pour faire des observations sur la marche, les causes et le traitement de la maladie. J'avais été désigné pour me rendre en mission à Trébizonde, et lorsque j'arrivai à Constantinople, le choléra avait cessé entièrement depuis plusieurs mois dans la première de ces deux villes. C'est donc uniquement sur le choléra, qui régnait alors à Constantinople, qu'ont porté mes observations.

Le choléra-morbus s'y déclara le 24 octobre 1847, et le nombre des habitants frappés fut si petit, que les médecins de la ville hésitaient à reconnaître son existence ; mais bientôt personne ne put la mettre en doute.

Les soldats de l'armée de terre et de mer furent atteints avec assez de violence, pour qu'on dût craindre un instant de voir le choléra revêtir une forme épidémique bien caractérisée.

Il affecta dans sa marche et ses formes une allure toute particulière, qui mérite d'autant plus l'attention des pathologistes, qu'elle exigeait des médications différentes, dont l'efficacité n'était pas douteuse, lorsque le médecin savait découvrir les indications particulières qui s'offraient à lui. J'exposerai rapidement les différents symptômes propres aux trois formes que j'ai spécialement distinguées.

Première forme. — Elle mérite de porter le nom de choléra de complication ; elle s'est montrée d'une manière insidieuse chez un grand nombre de sujets atteints d'une maladie viscérale ; tantôt c'était une affection aiguë ou chronique des voies respiratoires, tantôt le siége du mal était dans les viscères abdominaux ; la pneumonie, la pleurésie, la bronchite, la diarrhée et les dyssenteries, furent surtout les maladies dans le cours desquelles le choléra se déclarait comme complication.

On conçoit qu'en pareille circonstance le traitement ne pouvait être le même, et qu'il fallait combattre à la fois la maladie primitive, et associer aux agents thérapeutiques ordinaires ceux que l'on a préconisés dans le traitement du choléra, Une courte

(1) Extrait d'un Mémoire lu à l'Académie de médecine le 21 mars 1848.

relation des symptômes observés en pareil cas est nécessaire pour faire comprendre comment devait être dirigé le traitement.

Aux symptômes ordinaires de la maladie principale se joignaient d'abord des vomissements de matières bilieuses très-rarement floconneuses, des évacuations alvines assez fréquentes et de nature également bilieuse ; enfin la cyanose et l'algidité. Toutefois ces deux derniers états, si intenses dans le choléra indien, étaient loin d'offrir la même gravité dans la forme que j'étudie en ce moment. Le refroidissement était rarement général ; limité aux extrémités des membres, faible au visage, il augmentait ou diminuait suivant que la maladie viscérale subissait les mêmes variations ; le pouls était rarement effacé ; toutefois le visage offrait cette expression propre aux cholériques ; l'œil était excavé, le regard sans vie, la voix cassée, la sécrétion des urines suspendue.

Lorsque la maladie primitive était une phlegmasie, elle devait être combattue par les saignées générales ou locales, et l'on voyait alors la cyanose et l'algidité s'affaiblir et disparaître, même lorsque la maladie principale marchait vers la guérison. Dans les maladies de l'intestin, la dyssenterie, la colite, les applications de sangsues plusieurs fois répétées sur le ventre et à l'anus, déterminaient les meilleurs effets. J'ai remarqué bien souvent que les douleurs abdominales commençaient en pareil cas, et s'amendaient lorsqu'on avait appliqué un grand nombre de sangsues sur le ventre. En un mot, toute la première partie du traitement consistait à combattre la maladie primitive par les médications qui ont été recommandées.

Le traitement qui réussissait le mieux pour prévenir l'algidité et la cyanose était l'emploi des agents capables de céder leur calorique à la peau ; les bains sinapisés, les frictions, les bains de vapeur, avaient une grande utilité.

Souvent la cyanose et l'algidité cessaient lorsqu'on avait pratiqué, chez les sujets robustes, une émission sanguine générale ; il était rare alors que le sang ne s'écoulât pas par jets et avec une assez grande facilité.

Deuxième forme. — Elle se montra surtout au début de l'épidemie, et se prolongea lorsqu'elle eut perdu de son intensité. Elle était en tout semblable à celle que nous avons observée souvent à Paris ; j'ajouterai seulement que les symptômes généraux étaient plus prononcés ; que, pendant les sept à huit jours que durait la diarrhée, les malades perdaient leurs forces, l'appétit ; un grand nombre d'entre eux étaient pris de vertiges, de bourdonnement

d'oreilles, et d'un brisement des membres, tel qu'on le rencontre dans les fièvres typhoïdes.

Cette cholérine, amenée surtout par les aliments de mauvaise qualité ou insuffisants, était encore entretenue par l'humidité atmosphérique. On pouvait donc la prévenir en éloignant ces causes nuisibles. Une fois que la maladie était déclarée, on pouvait encore l'enrayer, si les malades n'en dissimulaient pas l'existence, à l'aide de certains médicaments qui ont obtenu sous mes yeux un très-grand succès. Le sous-nitrate de bismuth à la dose de 4 à 6 grammes par jour, les boissons amidonnées et additionnées de 30 ou 40 gouttes de laudanum, les lavements préparés de la même manière, suffisaient souvent pour arrêter le mal. Dans les cas plus graves, les sangsues, appliquées sur le ventre, dissipaient la douleur que les malades y ressentaient. J'ai vu saigner plusieurs sujets robustes, qui furent promptement soulagés après cette opération. Enfin, il n'y avait pas un seul médicament empirique capable de produire des effets aussi rapides et aussi durables que ceux commandés par les indications tirées de la complication d'abord, et des symptômes ensuite.

Troisième forme. Choléra asiatique. — Celle-ci a fait périr un peu moins de la moitié des malades, et plusieurs ont succombé dans l'espace de quatre ou cinq heures ; les symptômes alors étaient tout à fait identiques à ceux du choléra observé à Paris ; toutefois, les crampes étaient beaucoup plus rares, et la matière des vomissements et des selles ressemblait peu à ce que l'on observe dans le choléra indien. Le refroidissement n'était qu'apparent, car le thermomètre, placé dans le creux de l'aisselle, n'a jamais cessé d'indiquer moins de 36 degrés centigrades. Pour peu que la maladie fût intense, la cyanose et le refroidissement pouvaient durer d'un à six jours et plus encore ; ces deux états étaient remplacés souvent par l'adynamie, qui exigeait alors une médication toute particulière. Le ventre était sensible à la pression, et les sujets y ressentaient une douleur qu'ils ne manquaient pas d'accuser ; la soif était vive et incessante, l'appétence pour les boissons froides, glacées, acidulées, était extrême : ces symptômes méritaient une médication toute spéciale. Le ventre, au lieu d'être rétracté, était souvent tendu et même météorisé.

Le choléra algide m'a paru naître dans les circonstances hygiéniques, que j'ai longuement développées dans le Mémoire dont l'Académie a ordonné l'impression ; je rappellerai seulement ici que, l'influence épidémique étant reconnue comme la cause spécifique du choléra, il faut admettre l'intervention d'autres causes,

qui ont concouru puissamment au développement du choléra de Constantinople.

Ces causes incontestables et toutes déterminantes sont : 1° Une alimentation insuffisante et composée surtout de poissons, de fruits et de légumes de mauvaise qualité ; la petite quantité de viande ;

2° L'action d'un froid humide, facilement ressenti par les soldats, que leurs vêtements protégeaient mal contre les rigueurs de la saison ;

3° La nostalgie et les fatigues causées par le service, qui fut pénible à bord de la flotte turque pendant plusieurs mois.

Telles sont les influences nuisibles qui ont agi pour préparer l'organisme à recevoir plus facilement l'action de la cause spécifique contenue dans l'atmosphère.

J'ai vu combattre le choléra algide par toutes les médications, que nous avons vu successivement employer à Paris; les fortes excitations du système cutané, à l'aide de rubéfiants, de corps chauds, de vésicatoires, de sinapismes, de frictions stimulantes, etc., m'ont rendu les plus grands services.

J'ai vu souvent employer la saignée générale, et ce qui étonnera beaucoup les médecins fortement prévenus comme moi contre cette déplétion sanguine, c'est que beaucoup de malades, déjà cyanosés, ont supporté sans inconvénient la saignée ; le sang s'écoulait facilement par l'ouverture pratiquée à la veine, et plusieurs sujets entrèrent rapidement en convalescence après une seule saignée. Toutefois, je n'oserais pas en conseiller l'emploi, excepté dans les cas où le malade est robuste, et lorsqu'il se plaint d'une grande oppression, et que la circulation centrale et périphérique est bien développée.

La perte de sang que l'on obtenait en plaçant les sangsues sur le ventre soulageait beaucoup les malades; on ajoutait à leur action salutaire en plaçant sur le ventre des fomentations émollientes ou des cataplasmes.

Au commencement de janvier 1848, j'ai vu sur un grand nombre de sujets la cyanose, l'algidité, se prolonger pendant plusieurs jours et finir par faire place à un état adynamique, qui simulait celui que l'on connaît sous le nom d'état typhoïde. Les symptômes observés étaient les suivants : stupeur, hébétude faciale, œil chassieux, narines pulvérulentes, lèvres sèches, langue brunâtre, également sèche, soif vive, ventre sensible, météorisé, gargouillement, selles involontaires.

Les médicaments qui ont réussi le mieux à mettre fin à cet état pseudo-typhoïde étaient les toniques fixes, spécialement le quin-

quina associé au laudanum, les boissons astringentes et acidulées. la liqueur anodine d'Hoffmann, l'eau de Seltz, les lavements camphrés et éthérés, etc.

Le point le plus essentiel de la thérapeutique, sur lequel j'appelle l'attention de tous les médecins, est la prophylaxie ; il importe que l'on sache qu'en éloignant les causes hygiéniques nuisibles, signalées précédemment, et en réduisant toute l'action pathogénique à l'influence exercée par l'épidémie, on préservera aisément une grande partie des populations ; mais il faut savoir faire des sacrifices. L'alimentation, les vêtements, doivent exciter toute la sollicitude des citoyens préposés à la sûreté publique. Proscrivons surtout ces odieuses quarantaines qui ne sont appuyées sur aucun fait avéré de contagion. Que l'on sache bien que les pays dans lesquels on a établi des cordons sanitaires n'en ont pas moins été frappés, et que l'on a été contraint d'y renoncer entièrement. J'ai l'espoir que le choléra ne viendra point en France, ou que, s'il y arrive, il s'y montrera avec les formes adoucies que je viens de faire connaître. Une rigoureuse observance des règles de l'hygiène en rendrait à coup sûr les attaques plus rares et moins meurtrières.

---

9. *De la fièvre nerveuse ;* par M. le docteur Sandras.
(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1848.)

L'anatomisme moderne a beaucoup discuté l'existence de la fièvre nerveuse, ou pour mieux dire, on s'est beaucoup récrié, dans ces derniers temps, contre l'existence de cette fièvre. On s'est appuyé, pour la combattre, de beaucoup de faits dans lesquels elle avait été admise par les anciens, là où les modernes ont constaté la présence de lésions matérielles organiques, suffisantes pour détruire l'essentialité trop légèrement proclamée. Il faut avouer que nos prédécesseurs, privés des moyens de diagnostic local que nous devons à l'auscultation et à la percussion, et privés des lumières acquises depuis sur l'anatomie pathologique, ont pris et décrit comme fièvres nerveuses beaucoup de maladies occasionnées probablement par des lésions sourdes dont ils ne devinaient pas l'existence. Huxhom, lui-même, est plein de ces incertitudes inhérentes aux observations de son temps ; à plus forte raison ses imitateurs peuvent-ils être taxés d'exagération, ou au moins soupçonnés d'une interprétation vicieuse des faits qu'ils ont vus. Mais il me semble, d'un autre côté, qu'il y a souvent un peu d'orgueil illégitime dans les prétentions modernes, et je crains que, pour avoir eu souvent raison, les modernes n'aient à leur tour dépassé la vérité. L'observation et le raisonnement me ran-

gent dans la classe de ceux qui croient que tout trouble de fonctions n'implique pas comme point de départ le désordre anatomique ; j'admets, par exemple, la réalité des fièvres nerveuses : faites une marche forcée, et aussitôt que vous serez un peu reposé, vous aurez une fièvre avec tous ses caractères ; cette fièvre sera entièrement sans conséquence, car au bout de quelques heures, tout sera rentré dans l'ordre. Soyez tourmenté par une vive préoccupation, par une passion ardente, par une épreuve, un concours, une élection, et vous aurez une véritable fièvre, qui se passera quand, l'épreuve finie, le moral aura pu se remettre. Dans notre temps de vie publique et privée, si tourmentée et si active, d'ambitions et de désirs effrénés à tous les degrés, de luttes et de déceptions, les exemples de cette nature se rencontrent à chaque instant. Un excès momentané de fatigue musculaire, une vive agitation morale, et j'aurais pu choisir par centaines d'autres exemples, suffisent pour montrer qu'on peut avoir la fièvre primitivement par le système nerveux ; que, partie exclusivement de là, elle se fait sentir dans tout l'organisme au moyen du système circulatoire qu'elle trouble et dont elle amène la réaction. Or, ce qui peut arriver à tous pour des ébranlements suffisants, se produit chez certains sujets malheureusement doués, pour des causes beaucoup plus légères. Je connais une foule de constitutions délicates qui, depuis plusieurs années que je les observe, ne m'ont laissé découvrir aucune apparence appréciable de lésion organique quelconque, et chez qui la fièvre se montre pour la moindre cause. Une promenade un peu longue. un coup de vent du nord et surtout du nord-est, une menace de neige, en toute saison, un brusque changement de température, vers les équinoxes, là où le contraste entre le jour et la nuit est plus grand, les changements dans la révolution diurne, une vive et brusque préoccupation, une émotion violente, suffisent pour leur donner un accès complet de fièvre. Je connais des personnes que cette sorte de fièvre quitte à peine. Eh bien, c'est cela que je regarde comme fièvre nerveuse et que j'appelle de ce nom. On ne peut pas nier la réalité et la production facile du mal ; je ne crois pas qu'on puisse se refuser à reconnaître le système nerveux comme le seul point de départ raisonnablement acceptable ; les accès fébriles secondaires de l'organisme, comme les conséquences du trouble de ce premier système. Je constate le fait dans toutes les constitutions, quand ce système a été soumis à un jeu excessif. Je remarque que ce jeu excessif a pour chacun de nous ses limites relatives, et je ne comprends pas pourquoi l'on nie l'identité du même trouble chez différentes personnes, unique-

ment pour cette raison, que chez l'un il faut un grand excès et que chez l'autre l'excès aura été beaucoup moindre. C'est comme si on voulait soutenir que la fatigue n'est pas également la fatigue chez l'un et chez l'autre, parce que pour l'un il a fallu marcher seize ou vingt heures pour produire ce malaise, et que pour l'autre, une ou deux heures de marche ont suffi ; parce que l'un a pu, dans son cabinet, travailler plusieurs jours et plusieurs nuits, et l'autre seulement quelques heures ; parce que l'un a pu affronter impunément toutes les émotions, et que l'autre a la fièvre au moindre trouble moral. Il me paraît impossible encore de ne pas considérer comme fièvres nerveuses un des cas dont Robert Whytt parle si sensément, et qu'il désigne sous le nom de marasme nerveux. J'admets avec lui que le dépérissement tienne surtout alors à ce que la digestion languit ; mais je ne peux pas m'empêcher de regarder cette langueur de la digestion comme secondaire, et de faire remarquer le premier rôle joué par le système nerveux.

Je crois donc à la fièvre nerveuse aussi bien qu'à la fièvre inflammatoire, aussi bien qu'à toutes les fonctions de l'organisme. Je reconnais, parce que la chose est très-probable, que nos prédécesseurs, et même Huxhom, peuvent avoir accepté souvent comme des fièvres nerveuses des cas où ils avaient affaire à des fièvres symptomatiques, accompagnées de désordres qu'ils n'avaient pas reconnus ; mais je suis sûr, pour mon compte, d'avoir souvent rencontré de ces fièvres dont la cause, la marche et l'issue m'ont démontré qu'elles n'étaient pas entretenues par des désordres matériels anatomiques. Je pense que le médecin qui se laisserait entraîner à rendre, dans tous ces cas, des oracles sur le pronostic, s'exposerait à des erreurs graves, très-préjudiciables pour les malades, pour ceux qui les entourent, et très-honteuses pour l'art et l'artiste.

Ces points ainsi établis, voici comment, pour ne pas m'éloigner des faits que j'ai observés, je crois devoir procéder dans l'exposé de ce que je pense relativement aux fièvres nerveuses.

Je distingue ces maladies en deux classes : les fièvres nerveuses accidentelles, et les fièvres nerveuses chroniques. J'appelle fièvre nerveuse accidentelle celle qui se développe momentanément, sans désordre organique primitif appréciable, puis se dissipe sans laisser à sa suite de trouble secondaire. Cette fièvre, pour être dite nerveuse et traitée en conséquence, exige que le point de départ soit démontré exclusivement dans le système nerveux. Elle se rencontre par conséquent presque uniquement chez les sujets nerveux, ou chez ceux qui ont demandé à leur système

nerveux, quel qu'il soit, plus qu'il ne peut donner ; c'est alors que, secondairement, le système circulatoire est intéressé dans le désordre ; puis, la fièvre se passe quand le jeu de la machine humaine a eu le temps de se rajuster par le repos ou à l'aide de quelques évacuations, je dirai presque critiques.

Cette fièvre est caractérisée par des frissons dans le dos, souvent suivis de chaleur dans les reins, par la fréquence et l'inégalité du pouls. L'inégalité est de deux sortes : inégalité de fréquence des pulsations entre elles ; en même temps, le pouls a une vivacité particulière ; la pulsation frapppe vite et disparaît rapidement ; on sent que l'artère cède immédiatement après que l'ondée a passé. L'ondée sanguine a quelque chose de brusque et de dur qui fait place à l'instant à une vacuité frappante des parois artérielles ; ensuite la peau prend de la chaleur, mais c'est une chaleur comme superficielle, et qui disparaît quand on laisse quelque temps la main au contact du malade. L'équilibre entre l'observateur qui touche et le patient qu'on explore s'établit vite, bien autrement que cela n'a lieu dans les fièvres inflammatoires, éruptives ou typhoïdes. En même temps, les autres signes de fièvre se montrent dans un degré assez modéré, je veux parler de la soif, de l'empâtement de la bouche, de la sensation interne de malaise, de frisson et de chaleur, de la sueur, du trouble de l'excrétion urinaire, de la faiblesse, de la lassitude et de la difficulté générale, ou plutôt de l'allanguissement de toutes les fonctions. Puis, au bout de quelque temps, de quelque heures, pour être plus précis, l'équilibre se rétablit à l'aide de quelques excrétions modérées, et la fièvre nerveuse accidentelle a disparu. Il suffit, pour en avoir des échantillons, d'interroger et d'examiner avec soin les sujets nerveux et délicats que l'on connaît, et on ne tardera pas à se convaincre que cette indisposition leur est assez fréquente, et se répète en eux pour la moindre cause et sans autre conséquence que les malaises divers que je viens de rappeler. Des sueurs aiguës, des urines abondantes, telles sont habituellement les causes qui terminent ces accès de fièvre, puis tout rentre dans l'ordre.

Le pronostic n'est jamais grave quand on n'a affaire qu'à ces désordres.

On comprend que l'anatomie pathologique n'a rien à voir ici.

Quant à l'étiologie, elle est facile à juger. Tout ce qui tient en jeu le système nerveux au delà de ses fonctions habituelles peut causer la fièvre nerveuse accidentelle : la prophylaxie serait donc facile, si l'homme ne vivait pas, malgré lui, dans un milieu

de passions et d'efforts, dans une lutte incessante avec tous les éléments qui l'entourent.

La thérapeutique de la fièvre nerveuse accidentelle est des plus simples : du repos pour tous les organes, un peu de temps et de patience, du calme d'esprit quand il est possible, une température douce et égale autour du malade, une boisson agréable et un peu calmante, comme une infusion de fleurs de tilleul ou de primevère, au besoin, quelques pétales de pavot en infusion ou de l'eau chaude additionnée de sirop de capillaire ; tout au plus quelques cuillerées à café de sirop diacode, ou un peu d'eau de fleurs d'oranger ajoutée dans de l'eau sucrée, ou toute autre boisson analogue, et cela suffit pour amener la détente désirée ; puis, le calme revenu, il n'y a plus qu'à régler le régime de manière à ne pas renouveler le trouble nerveux, à laisser la tête et le cœur dans le repos aussi complet que possible, et la fièvre nerveuse accidentelle aura complétement cédé.

Mais le malade n'est pas toujours aussi heureux, et la fièvre nerveuse est loin de se montrer aussi bénigne dans tous les cas ; je veux parler de la seconde classe de ces fièvres, celles que j'appelle nerveuses chroniques, qu'on a nommées lentes nerveuses, dont Broussais lui-même a défini une espèce hectique de douleur.

J'avoue d'abord que cette fièvre n'est pas commune, et, en outre, qu'il n'est pas facile d'en voir des exemples anatomiquement démontrés. Ces effets, soit que la fièvre, lente, nerveuse en apparence au début, n'ait été qu'une période prodromique de l'évolution matérielle de désordres qui se révéleront plus tard, soit que la fièvre lente, véritablement nerveuse, occasionne des troubles matériels, dont les traces organiques pourront faire illusion plus tard et donner le change sur le début du mal, je trouve toujours la chose également difficile à établir, et je conviens que je serais embarrassé de la démontrer par une observation complète, comme l'entendent les anatomo ou les organo-pathologistes, c'est-à-dire accompagnée de l'ouverture et de l'examen du cadavre. Je demanderai seulement la permission de leur faire humblement remarquer que le médecin s'appuie tout au moins autant sur l'étude et l'observation du malade que sur les dissections des corps morts, et, en conscience, je trouve aussi qu'une observation peut être complète quand elle se termine par la guérison. Je me crois autorisé à reconnaître des fièvres nerveuses quand elle guérissent, et peut-être même encore quelquefois quand elles se terminent par des affections bien anatomiquement caractérisées. Je veux seulement que tous les signes positifs et négatifs se soient montrés et conservés assez longtemps pour

lever tous les doutes. Par exemple, je me crois autorisé à penser qu'il y a fièvre, quand l'accélération, la vitesse et l'inégalité du pouls, la chaleur de la peau, le trouble général et local des fonctions me donnent, même à un degré peu prononcé, la certitude que la fièvre existe. Je crois qu'il y a fièvre lente, quand cet état fébrile peu intense, inégal, pour un rien devient bien plus violent; quand il se remontre à chaque instant pour disparaître plus ou moins complétement au bout de quelques heures. Je présume que cette fièvre est nerveuse, quand l'examen de toutes les fonctions et de tous les organes m'autorise à affirmer qu'aucune partie n'est matériellement lésée, autant que le diagnostic moderne autorise à l'affirmer; quand cet examen, fréquemment répété, me fournit toujours les mêmes résultats; quand la durée de la fièvre, l'apparition, la marche des accidents, me défendent d'attribuer ce que je vois à quelque lésion locale définissable; quand, enfin, j'ajoute à tous ces caractères celui-ci, qui n'est pas moins sérieux, que je rencontre coïncidant avec la fièvre des accidents nerveux de toutes sortes, bien caractérisés par leur succession, leur variabilité, leurs transformations et leur tendance à céder devant les moyens que l'expérience a démontrés efficaces contre les affections nerveuses. A tous ces signes, je reconnais une fièvre lente nerveuse, une hectique de douleur dans certains cas, une fièvre de chagrin dans quelques autres, une fièvre résultant d'une délicatesse originaire ou acquise de la constitution dans quelques faits exceptionnels. Je suis sûr d'avoir rencontré plusieurs fois cette fièvre lente nerveuse, et j'ai eu le bonheur de voir quelquefois des malades ainsi affectés reprendre ultérieurement une santé meilleure et démentir ainsi des pronostics fâcheux, qu'un diagnostic trop précipité avait fait porter sur leur compte. Il est juste aussi d'ajouter qu'un certain nombre de ces malades ont fini par succomber à la longue, minés par des affections tuberculeuses ou cancéreuses. Sans doute, ces affections homicides, complétement et longtemps muettes au début, ont simulé souvent la fièvre lente nerveuse; mais, je ne fais pas de doute non plus que, dans d'autres occasions, cette fièvre n'ait été la cause primitive de tout le mal; j'invoquerai, à l'appui de mon opinion, les nombreux exemples dans lesquels le désordre organique matériel ne s'est dévoilé qu'au bout d'un temps fort long, tout rempli par la fièvre nerveuse, et ceux qui prouvent encore bien plus, dans lesquels la fièvre nerveuse chronique s'est terminée par une bonne et solide guérison.

J'en appelle, sur tous ces points, à l'observation attentive et au témoignage de tous les médecins qui ne font pas de la

science exclusivement dans les hôpitaux et les amphithéâtres.

Si je cherche maintenant à analyser les phénomènes de la fièvre nerveuse chronique, voici ce que j'y trouve :

D'abord un état nerveux bien caractérisé, comme base. Cet état nerveux, originaire, héréditaire ou acquis, a précédé plus ou moins longtemps l'apparition de la fièvre ; il s'est révélé, en général, par tous les signes les moins douteux ; il se montre encore après, de manière à ne pouvoir pas être méconnu ; puis la fièvre s'ajoute à tous les troubles qui ont ouvert la scène.

Cette fièvre survient ordinairement quand il se passe, ou au dedans, ou autour du malade, quelque changement qui le frappe vivement et longtemps. Ce changement peut être ou matériel ou moral ; ce sera ou l'influence d'un climat, d'une habitation qui ne lui vont pas, une grande modification dans les conditions de l'existence ; ou bien une passion contrariée, étouffée, une douleur morale dissimulée et entretenue dans un coin du cœur, une perte irréparable. Alors l'état nerveux préexistant est porté au delà de ses limites ordinaires; le système circulatoire, le système respiratoire, entrent dans le cercle fatal et la fièvre lente nerveuse se déclare.

Ainsi, au fond, partout et toujours, l'état nerveux a une haute puissance, et avec tout cela, plus que tout cela, la fièvre habituelle.

Cette fièvre, en général légère, inégale de durée et de force, bizarre dans sa marche, donne au pouls et à la peau tous les caractères que j'ai décrits plus haut sous le nom de fièvre nerveuse accidentelle. Seulement les accès se multiplient et se prolongent presque sans fin, et leur durée, leur intensité, leur répétition troublent d'une manière inégale et inconstante les fonctions et particulièrement les fonctions nutritives, puis tout rentre par intervalle dans un ordre relatif assez satisfaisant ; mais à la moindre occasion, l'accès de fièvre se montre de nouveau. On a le marasme nerveux de Robert Whytt.

Ces accès de fièvre ont quelque chose de particulier dans leur retour. Les uns sont tout à fait erratiques ; ils viennent sans qu'on puisse savoir pourquoi ; ils durent plus ou moins, sans qu'on puisse ni les prévoir, ni les gouverner ; d'autres, au contraire, se montrent régulièrement aussitôt que la moindre cause a jeté du trouble dans l'organisme. Une passion provoquée, un écart du régime habituel, une brusque variation atmosphérique, une fatigue, quelle qu'elle soit, le simple changement du jour à la nuit, un repas, suffisent pour provoquer la fièvre. Enfin, dans

quelques cas, les retours fébriles sont périodiques, qu'il y ait eu rémittence ou intermittence entre les accès.

Dans tout cela, quels que soient la forme des accès, leur rapport les uns avec les autres, je ne puis ne pas voir la même chose, une fièvre lente nerveuse ; et par conséquent, je me crois en droit de la traiter comme telle, sous le rapport du pronostic des indications thérapeutiques.

Le pronostic de la fièvre nerveuse chronique a presque toujours quelque chose de grave. D'abord le médecin ne peut pas oublier les complications ou les terminaisons désorganisatrices que cet état maladif cache souvent ; puis, même pendant que l'étude de tous les organes le rassure à ce point de vue, il sait combien il est toujours difficile de rencontrer une constitution tombée à ce degré de désordre nerveux, quel temps et que de peine il faut prendre pour annihiler la plupart des causes qui auront ravagé le moral au point d'ébranler aussi vivement le physique. Il n'ignore pas quelles difficultés s'accumulent devant vous quand un mal moral irremédiable a bouleversé une personne déjà névropathique ; quand les fonctions réparatrices dénaturées ôteront chaque jour, au lieu de réparer, tous les éléments de la vie et de la résistance. Il sent tous les jours venir et s'aggraver la douleur et la sensibilité, parce que la faiblesse augmente et que la lutte épuise les forces au lieu de les exercer et de les réparer.

Il faut reconnaître, d'un autre côté, que rien n'est absolument perdu tant que des désorganisations matérielles incurables ne se sont pas encore révélées. Une bonne direction physique et morale a tant de pouvoir sur ces organisations souffreteuses, les circonstances humaines ont tant de diversité à la fois, tant de ressources pour changer nos dispositions de toute nature, le temps a un empire si bien établi sur nos pensées, nos volontés, nos facultés, que le médecin ne doit jamais perdre courage. Avec l'aide de ces puissants auxiliaires, guidé par un bon cœur et une intelligence bien exercée, il profite de tous les interstices que le mal lui laisse, et parvient souvent à soulager, toujours à consoler, quelquefois même à guérir son malade. On doit seulement être à l'avance bien prémuni contre la longueur du temps pendant lequel il faudra prolonger la lutte.

Les indications thérapeutiques sont diverses, suivant les formes de la maladie et les causes intimes auxquelles elle est due.

Au point de vue de la forme, une indication capitale peut se présenter, celle de l'intermittence ou de la rémittence périodiques. Quand nous parlerons tout à l'heure de cette forme de

maladies, nous discuterons sur les bases de la thérapeutique qui les regarde. Ici, nous prenons seulement acte de l'indication pour nous réserver au besoin de mettre en usage, avec les précautions convenables, la médication anti-périodique par excellence, les préparations de quinine. Nous indiquerons tout à l'heure avec quelle discrétion, ou au besoin avec quelle persévérance ou quelle hardiesse il en faut user chez les gens nerveux.

La forme périodique exceptée, toutes les autres indications me paraissent résulter, d'une part, d'une sorte d'exagération de l'état nerveux, et d'une autre part, de la présence de la fièvre.

Sous le premier rapport, ces malades me semblent devoir être traités comme dans l'état nerveux simple, c'est-à-dire autant que le permettra la complication même des causes qui les tourmentent. Mêmes précautions pour entretenir et renouveler les forces, pour ranimer toutes les fonctions organiques, pour calmer physiquement et moralement le système nerveux, tout en se gardant bien de rien risquer de ce qui pourrait léser matériellement les organes et fournir un prétexte à l'excitation, dirais-je à l'irritation locale, qui est toujours sur le point d'éclater.

J'ai appris, par le raisonnement et par l'expérience, que les moyens qui conviennent contre l'état nerveux ordinaire attaquent celui-ci dans sa base. La considération de l'état fébrile vient donc seule introduire quelque changement dans la thérapeutique. A ce point de vue, les indications sont bien dessinées : comme prophylactique, il faut s'arranger de manière à prévenir les retours occasionnels, en évitant les occasions quand c'est possible, ou en ménageant autant qu'on le peut les transitions ; quand cela ne peut pas se faire ou quand la fièvre est tout à fait erratique, traitez l'état général avec constance et fermeté, et pendant les accès, accommodez-vous au temps ; ménagez de toutes les manières les forces et la sensibilité de votre malade ; garantissez-le de toutes les secousses brusques, engourdissez les douleurs ; puis, le calme revenu plus ou moins complet, reprenez votre rôle d'agresseur contre l'état nerveux, et de cette manière vous verrez petit à petit disparaître les symptômes les plus fâcheux qui s'étaient montrés. Tâchez, en outre, quand vous le pourrez, et on le peut souvent au moyen des bains, des exercices, des repos périodiques, de donner de la périodicité aux mouvements fébriles, aux accidents nerveux quelconques ; vous aurez alors forcé votre ennemi de prendre une armure dont vous connaissez les défauts, et vous aurez presque assuré votre victoire.

10. *De la névralgie générale, affection qui simule des maladies graves des centres nerveux, et de son traitement;* par M. Valleix, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe.).

(Suite : *voir* t. III, mars 1848, p. 21.)

(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1848.)

Après la douleur, il n'est pas de symptôme plus digne de remarque que l'*affaiblissement des membres.* Cet affaiblissement a été observé chez tous les malades, et, ce qui est important à noter, c'est qu'il est plus considérable d'un côté du corps que de l'autre. C'est surtout dans les bras qu'il faut rechercher l'existence de l'affaiblissement. Si on fait marcher le malade, on voit bien, il est vrai, que sa démarche est vaccillante, que ses pieds s'élèvent peu au-dessus du sol; mais comme, presque toujours, il existe des étourdissements qui deviennent plus marqués pendant la marche, on pourrait croire que c'est à ces étourdissements qu'il faut rapporter le peu de solidité des membres inférieurs. Il ne peut plus en être de même lorsqu'on se fait serrer la main par le malade avec toute l'énergie possible. On voit alors que ce serrement n'est nullement en rapport avec la force qu'on doit supposer d'après le développement des muscles, et l'augmentation très-considérable d'énergie après la guérison vient prouver, plus tard, que cette faiblesse des membres supérieurs était bien réelle. Dans les cas que j'ai observés, la faiblesse des membres était en rapport avec l'intensité des douleurs éprouvées dans les points d'émersion des nerfs qui se rendent aux extrémités, et sa disparition a coïncidé avec celle de ces douleurs.

Bien que l'*affaiblissement des membres inférieurs* ne soit pas aussi facile à mettre hors de doute que celui des membres supérieurs, il n'en faut pas moins faire marcher les malades ; car outre la *titubation* qu'ils présentent souvent à un haut degré et qui peut être attribuée aux étourdissements , on peut observer quelques phénomènes importants. C'est ainsi que chez un malade il y avait, pendant la marche, une *raideur* marquée des membres inférieurs, et l'on sait combien cette raideur est de nature à induire en erreur un médecin qui ne serait pas prévenu. Le sujet qui la présentait ayant offert à un haut degré tous les phénomènes de *semi-paralysie* dont je viens de parler, je crois devoir donner ici son observation intéressante à plusieurs titres.

Névralgie générale ; symptômes assez graves ; cautérisation transcurrente ; guérison rapide (1).

Obs. II. — Le nommé Fiacre, âgé de trente ans, est entré à

(1) Recueillie par M. Mailly, interne des hôpitaux.

l'Hôtel-Dieu (annexe) le 27 août 1847. Ce malade est d'une assez bonne constitution. Il est resté dans son pays jusqu'à l'âge de quinze ans; il y travaillait à la terre. Il dit avoir eu une hydropysie à 10 ans; il avait tout le corps enflé, mais il ne saurait dire comment est venue cette enflure, et à quelle cause l'attribuer. A quinze ans, il alla à Nancy, où il travailla de l'état de peignier; il y resta jusqu'en 1840. De là, il alla à Lunéville qu'il habita jusqu'au mois de juin 1846, époque à laquelle il vint à Paris. Pendant tout ce temps, sa santé s'est parfaitement soutenue. Il est habitué à boire de l'eau-de-vie tous les matins; il en prend environ 1/16 de litre, quelquefois 1/8, enfin, il lui est arrivé, mais rarement, d'en boire 1/4. Il est, dit-il, alors un peu échauffé. Il contracta cette habitude à Lunéville, mais d'abord, il ne buvait qu'une ou deux fois par semaine. Ce n'est que depuis son arrivée à Paris qu il a pris de l'eau-de-vie tous les jours. Il y a environ dix jours, le 18 août, il fut pris d'une céphalalgie intense, caractérisée par des élancements violents, qui l'empêchèrent de dormir; le lendemain la céphalalgie persistait; de plus, le malade ressentit des douleurs assez vives dans tous les membres; le lendemain, il ne put se lever; il avait, dit-il, les membres brisés, et les moindres mouvements étaient douloureux; de plus, l'appétit avait disparu; il y avait quelques douleurs dans le ventre, et de la constipation, depuis quatre jours. Il ne voulut pas consulter de médecin. Dimanche dernier, quatrième jour de la maladie, il prit une bouteille d'eau de Sedlitz, et alla abondamment à la selle; le lendemain, il se trouvait mieux du côté des voies digestives; il y avait un peu d'appétit, et les douleurs de ventre avaient disparu; mais la céphalalgie, les douleurs dans les membres avaient persisté avec la même intensité; et c'est ce qui l'amène aujourd'hui dans le service.

État actuel, le 27 août 1847. La face exprime la souffrance; le malade se plaint d'un violent mal de tête qui augmente chaque fois qu'il fait un mouvement, il se plaint également de douleurs dans les reins; la température de la peau est normale, le pouls médiocrement fort (68 pul.), bruits du cœur normaux, respiration pure dans toute l'étendue de la poitrine. Langue un peu blanche; point de nausées ni de vomissements; ventre assez souple, pas de gargouillement iliaque, selles régulières; la sécrétion urinaire est normale; la pression développe une douleur assez vive à l'issue des nerfs sous-occipitaux, il n'existe de douleur sur aucun autre point de la tête; au cou, on en trouve le long des muscles trapèzes, jusqu'à leur insertion claviculaire; le long du rachis, en comprimant le sommet des apophyses épi-

neuses, on ne provoque de douleurs manifestes que depuis la quatrième vertèbre lombaire jusqu'à la partie inférieure du sacrum ; latéralement, la pression développe des points douloureux : 1° au-dessous de l'épine de l'omoplate dans la fosse sous-épineuse des deux côtés; 2° au niveau du cinquième espace intercostal; la douleur n'existe que dans l'espace compris entre l'apophyse transverse et la partie latérale du thorax ; 3° au niveau de la région lombaire, les douleurs très-vives, qui suivent le trajet des nerfs lombaires, arrivent jusqu'à la partie antérieure ; il n'en existe pas sur le trajet de la branche iléo-scrotale. Ces phénomènes sont surtout remarquables à droite.

La pression ne détermine pas de douleurs aux membres thoraciques ; aux membres abdominaux, il en existe ; à la région fessière et le long du grand nerf sciatique, les foyers sont très-manifestes. Les douleurs ne dépassent pas les malléoles; elles sont égales des deux côtés; il n'en existe pas sur le trajet du nerf crural.

Le malade serre médiocrement fort ; si on lui fait étendre les mains, il existe un tremblement assez marqué. Il y a de la titubation lorqu'il est sur son séant ; sa démarche est lente et peu assurée. Il dévie légèrement, tantôt à droite tantôt à gauche ; il détache le pied du sol avec raideur ; il se plaint d'éblouissements pendant la marche. Les sens sont parfaitement intacts. — *Tilleul sucré, potion éthérée, deux bouillons.*

Le 29. Le malade étant absolument dans le même état, on procède à la cautérisation transcurrente, après les inhalations éthérées. On porte le cautère le long du rachis, depuis la troisième vertèbre cervicale jusqu'à la partie inférieure du sacrum, sur le sommet des apophyses épineuses, puis dans le cinquième espace intercostal, sur le trajet de la première branche lombaire, jusqu'à la partie antérieure de l'abdomen, enfin le long des deux nerfs sciatiques. On place également deux raies de feu sur les muscles trapèzes. — *Application de compresses froides.*

Le soir, 3 heures. Le malade, qui redoutait vivement la cautérisation et même les inspirations d'éther, se trouve très-bien maintenant; il n'a absolument rien senti de ce qu'on lui a fait, et il n'éprouve dans les points brûlés qu'une légère sensation de picotement.

Le 30. Le malade se trouve très-bien ce matin; il est gai, ne souffre plus du tout; il n'y a plus de douleur à la pression dans aucun point du corps ; les raies de feu ne sont pas encore séchées. Le léger trouble des fonctions digestives a également disparu. — *Deux portions.*

Du 1er au 8 septembre. L'amélioration a été toujours croissante, et le 8, le malade est sorti parfaitement guéri, ferme sur ses jambes, ayant recouvré sa force et n'ayant plus d'étourdissements.

Réflexions. Dans ce cas, les premiers symptômes un peu remarquables de la maladie remontaient à environ dix jours, et malgré le peu d'ancienneté de ce début, les symptômes étaient assez graves. La douleur en particulier était assez vive pour que la face fût constamment contractée et exprimât la souffrance. Quant aux vertiges, à l'affaiblissement des membres, au tremblement, ils étaient à peu près les mêmes que dans l'observation précédente. On aura remarqué sans doute que les membres supérieurs ont été affaiblis sans qu'il y eût dans leur étendue de ces foyers de douleur, de ces points névralgiques qu'on remarquait dans les autres parties du corps ; mais c'est un fait qui n'est pas unique dans l'histoire des névralgies. J'ai vu maintes fois, dans la sciatique, par exemple, la jambe affaiblie quoique la douleur ne descendît pas au delà de la cuisse. Or, chez le malade dont je viens de tracer l'histoire, il y avait des douleurs dans les rameaux postérieurs des nerfs cervicaux, et cela a suffi pour causer l'affaiblissement des bras, et principalement du bras droit.

Ainsi que je l'ai dit en commençant, je m'expliquerai plus loin sur le diagnostic. Je ne rappelle donc pas ici l'habitude qu'avait ce malade, comme le précédent, de boire de l'eau-de-vie le matin, et je renvoie à un peu plus tard à faire ressortir les différences qui existent entre cette affection et le *delirium tremens.* Je me contenterai de faire remarquer que le malade a été sous nos yeux pendant quarante-huit heures sans médication active, et que pendant ce temps les symptômes sont restés aussi intenses, si même ils n'ont pas augmenté ; or, dans un *delirium tremens* d'une aussi faible intensité, il n'est pas douteux que la diète, le repos, les boissons tempérantes n'eussent produit un amendement marqué.

Quant aux résultats du traitement, ils ont été si prompts et si évidents, que je n'ai pas besoin de les faire ressortir.

Poursuivons, maintenant, la description des symptômes.

Le *tremblement* des membres supérieurs a été observé chez tous les malades. Lorsqu'on leur faisait étendre les bras, on voyait les doigts et les poignets agités de mouvements rapides et courts, qui augmentaient d'étendue et de rapidité si on laissait les malades pendant un certain temps dans cette position. J'ai remarqué que ce tremblement était en rapport, à la fois, avec les étourdissements et avec la faiblesse musculaire ; aussi était-il

surtout remarquable dans le cas dont j'ai déjà donné l'histoire.

J'ai, dans tous les cas, examiné avec soin la *sensibilité cutanée*, et je ne l'ai trouvée obtuse que chez un seul sujet (obs. I). Ce symptôme ne doit donc être regardé que comme accidentel ; et c'est ainsi, du reste, qu'il se montre dans les névralgies de quelque espèce qu'elles soient.

Des *éblouissements*, des *étourdissements* qui se manifestent surtout lorsque le malade se lève et veut marcher, ont été notés chez trois de nos quatre sujets, et je dois ajouter que dans un cinquième cas, qui a été dernièrement soumis à mon observation, ils existaient d'une manière remarquable. Ces phénomènes méritent toute notre attention ; car ce sont peut-être ceux qui peuvent le plus facilement induire en erreur et faire croire à l'existence d'une maladie cérébrale. Quelquefois ils sont portés à un tel degré, que le malade est à chaque instant prêt à tomber à droite, à gauche ou en arrière ; qu'il marche comme un homme ivre ; qu'il est obligé de se retenir aux colonnes du lit, à la muraille. Ces symptômes sont ceux dont les malades se plaignent le plus, et il est, par conséquent, facile de comprendre comment ils peuvent attirer exclusivement l'attention du médecin.

Il paraîtra peut-être suprenant à un grand nombre de lecteurs que je regarde les étourdissements comme un symptôme de la névralgie. Mais qu'ils veuillent bien se rappeler que, dans les névralgies trifaciale et occipitale, ces étourdissements se montrent assez souvent, si ce n'est d'une manière constante, du moins pendant les violents paroxysmes ; qu'il y a alors des battements des artères, la rougeur, la chaleur de la face, le larmoiement, l'écoulement nasal, la salivation, et ils comprendront comment un simple état douloureux des nerfs peut causer, d'une manière plus ou moins marquée, des troubles de l'innervation qui, eux-mêmes, produisent des troubles de la circulation et des sécrétions. Il n'y a donc là rien d'extraordinaire, rien qui ne puisse naturellement se rapporter à un état purement névralgique.

Au reste, l'existence de ces symptômes ne pourrait en aucun cas suffire pour prouver qu'il ne s'agit pas d'une névralgie ; car, bien qu'on les observe ordinairement, ils peuvent manquer, sans que pour cela la maladie cesse d'être parfaitement caractérisée. C'est ce qui est démontré par l'observation suivante :

Névralgie générale ; pas d'étourdissements ; cautérisation transcurrente ; guérison rapide.

Obs. III. Ce malade, d'une constitution très-robuste, dit n'a-

voir jamais été malade. Il y a environ douze ans, étant au service militaire, il se livra à des excès alcooliques (il prit, un jour, soixante-quatorze petits verres d'eau-de-vie, environ deux litres)! Quelque temps après, il fut pris, dit-il, de tremblements nerveux assez intenses, sans que sa raison fût altérée. Il alla alors trouver son chirurgien-major, qui lui recommanda la sobriété. Depuis lors, il cessa de boire. Il ne boit pas d'eau-de-vie ; sa ration ordinaire de vin est de 0,7 litre. Les tremblements nerveux, dont il avait été pris au service, avaient complétement disparu depuis sept ans, lorsqu'il y a environ dix-huit mois, il but environ la valeur de 0,25 litre d'eau-de-vie ; une demi-heure après, il fut pris d'étourdissement au milieu de la rue ; puis de cécité momentanée, et de tremblement nerveux, sans, toutefois, perdre connaissance. Cet état dura environ une heure, après quoi il se trouva dans son état normal. Depuis cette dernière époque jusqu'à ce jour, quoique interrogé avec instance et à plusieurs reprises, il affirme n'avoir pas bu de liqueurs.

Il y a environ deux mois, il fut pris de douleurs par tout le corps ; et le matin, en se levant, il était en proie à des tremblements assez intenses qui duraient environ une heure ; comme il ne souffrait pas beaucoup, il continua à travailler : les douleurs augmentèrent et s'accompagnèrent de sensations de pesanteur dans les jambes et dans les épaules. Quelque temps après, il fut sans ouvrage ; et enfin son état ne s'améliorant pas, il se décida à aller au Bureau central, d'où il fut envoyé dans notre service.

Etat actuel, le 14 août 1847. Le malade se plaint de douleurs très-vives dans les épaules et dans les jambes. Ces douleurs se présentent sous la forme, tantôt d'élancements passagers, tantôt de picotements insupportables, dont la durée varie beaucoup. Si on explore les régions douloureuses, on trouve au niveau des deux fosses sous-épineuses deux points douloureux très-limités ; si on comprime les apophyses épineuses, on voit la douleur assez vive commencer au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, cesser au niveau de la sixième, pour reparaître à la douzième, puis à la cinquième lombaire, et dans toute la partie postérieure du sacrum jusqu'à deux travers de doigt environ au-dessus du coccyx. Sur les côtés de la colonne vertébrale, excepté au niveau du sacrum, la pression détermine une douleur très-vive, qui, pour les espaces intercostaux, ne se prolonge pas antérieurement au-delà d'une ligne, étendue du bord antérieur du creux de l'aisselle à la crête iliaque ; à l'abdomen, au contraire, les douleurs existent à la partie antérieure ; pour le nerf iléo-scrotal, la douleur ne dépasse pas l'orifice cutané du canal inguinal, le scrotum et les tes-

ticules sont parfaitement intacts. Il y a symétrie parfaite des deux côtés.

Pour les membres abdominaux, on trouve, sur le trajet du nerf sciatique, des douleurs très-marquées ; un peu plus vives à droite qu'à gauche, ces douleurs arrivent jusqu'à la face dorsale du pied ; il n'en existe pas à la face plantaire ; le nerf crural est intact. Quant aux autres parties du corps, la tête, le cou, les membres thoraciques, il n'y a pas de douleur à la pression. Cependant la force des membres supérieurs est diminuée, principalement à droite, et la sensibilité un peu obtuse. Il n'y a, du reste, ni céphalalgie, ni bourdonnements d'oreille, ni étourdissements marqués. La langue est humide, naturelle, l'appétit est bon, le ventre souple, bien conformé, les selles régulières (une par jour). Respiration normale, battements du cœur normaux ; pouls médiocrement fort; très-lent (44 p.) ; peau fraîche, sécrétions normales ; la sensibilité morale paraît un peu exagérée : le malade pleure en racontant ses antécédents ; la parole est lente, l'intelligence est peu développée ; l'impossibilité d'avoir d'autres renseignements que ceux que fournit le malade ne permet pas de prononcer si cet état moral est dû à la maladie, ce qui néanmoins paraît probable.

Le 15 août. Les douleurs névralgiques ont persisté dans les points précédemment cités ; de plus, elles ont envahi la région antérieure de la poitrine ; il existe des points très-marqués au niveau du grand pectoral à gauche. (*Gomm. sucr.* ; 2 *port.*).

Le 16. Ce matin, l'exploration fait reconnaître les mêmes points douloureux. L'état général est, du reste, satisfaisant. Le pouls est calme, régulier et lent : 48 pulsations.

Cautérisation transcurrente. On soumet le malade aux inhalations éthérées. Le malade respire d'abord facilement, puis, après quelques inspirations, il exécute des mouvements désordonnés. Après neuf minutes, la sensibilité est presque entièrement abolie. Mais le malade s'agite de telle façon, qu'il est impossible d'appliquer le cautère. Au bout de douze minutes, on le maintient, et on lui applique des raies de feu dans les régions suivantes : 1° le long de la colonne vertébrale, sur le sommet des apophyses épineuses ; 2° sur les parties latérales, à la région dorsale et à la région lombaire ; 3° le long du douzième espace intercostal ; 4° sur le trajet des deux nerfs sciatiques. Pendant cette opération, le malade ne donne aucun signe de douleur. Il ne paraît pas non plus sentir les compresses imbibées d'eau froide qu'on applique sur les parties cautérisées. Sorti du sommeil où il était plongé, il prononce quelques paroles incohérentes, semble com-

plétement étranger à ce qui se passe autour de lui, et ne manifeste aucune plainte.

Le soir à 4 heures. Le malade se trouve parfaitement bien. Il n'a ressenti aucune douleur, ce matin, pendant l'opération, et il ne saurait dire ce qu'on lui a fait. Il ne souffre pas ; la région pectorale, qui n'a pas été cautérisée et permet l'exploration, ne présente pas de douleurs à la pression. L'état général est satisfaisant. Le pouls est à 64.

Le 17. Le malade se trouve très-bien ; les points névralgiques ont disparu à la partie postérieure du tronc, à l'abdomen et aux membres abdominaux. Il y a quelque douleur à la pression, dans l'étendue du muscle grand pectoral du côté droit.

Le 18. Le malade accuse quelques douleurs dans le dos et sur les côtés de la poitrine ; mais ses douleurs ne sont que le résultat du frottement du linge contre les raies de feu. Il n'y a pas de douleurs névralgiques. On ne trouve même plus celles dont on avait constaté la présence, hier, sur le grand pectoral droit. Il n'y a pas de tremblements dans les mains, qui serrent avec assez de force. La sensibilité est moins obtuse ; l'état général est, du reste, satisfaisant. La douleur produite par les brûlures a disparu. Même état qu'hier sous le rapport des points douloureux ; il existe toutefois une légère douleur au pied droit.

Le 24. L'amélioration s'est soutenue pendant ces derniers jours ; le malade ne ressent plus de douleurs, la pression n'en développe sur aucun point du corps ; la sensibilité et la force sont normales. On fait exécuter divers mouvements au malade, sa démarche est vive et assurée. Les plaies sont entièrement cicatrisées. (*4 portions.*)

Le 31. Le malade continue à se bien porter. L'examen permet de constater le même état que le 24. Il n'y a non plus rien d'anormal du côté des fonctions respiratoires, circulatoires et digestives. La sensibilité morale et l'apathie qu'on avait notées, lors de son entrée, ont seules persisté. Il demande sa sortie.

Réflexions. Nous voyons, chez ce malade, le début de l'état de souffrance remarquable, dans lequel il s'est présenté à nous, remonter à une époque assez éloignée, car il faut la fixer à deux mois au moins avant son entrée à l'hôpital. De plus, il faut noter que cet état, loin de tendre à s'améliorer, allait toujours en s'aggravant, et surtout que la faiblesse devenait de jour en jour plus grande. Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois, il pouvait à peine faire sentir le serrement de ses mains, bien qu'il eût des muscles très-volumineux, et qu'il fût d'une constitution athlétique,

Chez lui, il n'y avait pas d'étourdissements, comme dans les cas précédents; mais sa faiblesse était telle, qu'il marchait avec peine et lenteur, et qu'un tour dans la salle suffisait pour le fatiguer. Cet état de débilitation était tel, qu'on pouvait le prendre pour une semi-paralysie.

Quant aux douleurs on a vu combien étaient nombreux les points qu'elles occupaient, et les effets du traitement ont bien prouvé qu'elles étaient le principe de la maladie, puisque, le lendemain même de l'opération, ces douleurs ayant disparu, on a pu reconnaître une amélioration dans l'état des forces, amélioration dont les progrès ont été extrêmement rapides.

Je ne peux m'empêcher de faire remarquer de nouveau combien le traitement a été simple. Dans les deux jours pendant lesquels le malade a été en observation pour juger des progrès du mal, aucun moyen thérapeutique n'a été mis en usage. Puis, quand nous avons vu que les symptômes ne présentaient aucune apparence d'amélioration ; nous avons uniquement appliqué la cautérisation, de telle sorte qu'on ne peut rapporter qu'à elle seule la guérison rapide que nous avons obtenue.

Pour les raisons que j'ai indiquées plus haut, je ne parle pas ici de la possibilité d'un *delirium tremens;* je note seulement que le malade nous a affirmé, à un grand nombre de reprises, qu'il ne faisait plus depuis longtemps aucun excès alcoolique, et qu'il n'en avait pas fait dans les jours qui ont précédé son entrée.

Ce malade, quand il s'est présenté à nous, pleurait facilement et sans motif réel ; à sa sortie, il en était de même. Etait-ce là un état dû à sa maladie actuelle ? Je ne le pense pas. Je crois plutôt qu'il faut attribuer cet état moral à la faiblessee naturelle de son intelligence qui se manifestait sur beaucoup d'autres points. Il n'est pas probable que l'amélioration si rapide, observée dans les autres symptômes, ne se fût point manifestée dans celui-là, s'il eût appartenu à l'état morbide que nous avions à traiter.

Il nous reste, maintenant, peu de chose à ajouter pour compléter la symptomatologie de cette affection. Cependant l'*état de l'intelligence* mérite une mention toute particulière, parce qu'il sépare nettement la névralgie générale, et du délirium tremens, et de la plupart des affections cérébrales. Dans aucun cas, je n'ai observé ni délire, ni hallucinations ; toujours les réponses ont été justes. On notait, il est vrai, une certaine lenteur dans les réponses, et les malades paraissaient en proie à la tristesse et au découragement ; mais on devait rapporter cet état uniquement à la persistance des douleurs. C'est aussi à cette cause qu'il fallait attribuer l'expression d'accablement ou d'anxiété de la face, qui,

après la guérison, avait un caractère de contentement plus ou moins marqué.

Du côté des *voies digestives*, on n'observe rien de remarquable. La langue était surtout un peu tremblante chez un sujet. L'appétit était, en général, conservé à un assez haut degré; il n'y avait pas de soif vive, à moins qu'il ne survînt une maladie intercurrente, et le ventre était à l'état normal.

La respiration et la circulation sont naturelles. Dans un cas, le pouls était un peu lent. La peau est fraîche; en un mot, il n'y a pas la moindre trace de fièvre.

Marche de la maladie. La lecture des observations précédentes a fait voir que cette maladie, si on ne lui oppose pas un traitement actif, ne tend généralement pas à se dissiper d'elle-même, et qu'ordinairement, au contraire, elle fait sans cesse des progrès. Je ne possède cependant pas un assez grand nombre de cas pour pouvoir avancer qu'il n'y a pas d'exception à cette règle, et même on peut se demander si, comme dans les névralgies limitées à un seul nerf, il n'y a pas des cas assez nombreux de névralgie générale commençante qui, sous l'influence du repos, se dissipent facilement en peu de jours. Tout peut dépendre de la plus ou moins grande promptitude avec laquelle les malades se soustraient aux causes de leur affection.

Dans un troisième et dernier article, qui sera inséré dans un prochain numéro, j'arriverai aux points les plus importants de l'histoire de cette maladie : le *diagnostic* et le *traitement*.

THÉRAPEUTIQUE. — 11. *Nouvelle méthode de traitement de la couperose.*

(Gazette médicale de Paris, n° 22; 1848.)

M. le docteur Campardon expose dans les termes suivants la méthode de traitement qu'il dit avoir employée avec succès dans la couperose :

Dès que le malade est convenablement disposé, c'est-à-dire lorsque toutes ses fonctions naturelles ou accidentelles sont revenues à l'état normal, nous administrons *tous les jours*, à jeun, le tartre stibié à la dose d'un dixième de grain mêlé à 2 ou 3 grains de poudre de douce-amère. L'action élective du tartre stibié, même à cette dose infime, est très-manifeste sur la face; elle ne l'est pas moins sur la muqueuse intestinale, car il est rare que les habitudes de constipation ne cèdent pas après quelque temps de son emploi. Il arrive quelquefois que, même à cette dose, il détermine des nausées ou des vomissements; mais la tolérance s'établit toujours après un certain temps; il agit

alors sans doute comme hyposthénisant du système capillaire cutané. Sous cette influence, la couleur rouge de la peau diminue et finit enfin par disparaître tout à fait; le bout du nez seul résiste longtemps encore après que le reste de la face est guéri.

A ce moyen l'auteur associe, comme moyen *dépurateur*, l'eau mercurielle employée autrefois comme résolutif dans les engorgements glanduleux, et quelquefois encore aujourd'hui comme antivermineux chez les jeunes sujets. Il en fait boire un verre à liqueur une heure avant le premier repas, et après deux mois, un second verre le soir en se couchant. Pendant toute cette période, on oblige les malades à se bassiner la figure plusieurs fois par jour avec de l'eau de chaux seconde; à tenir même sur les parties malades des compresses trempées dans ce liquide, soit froid pendant l'été, soit tiède pendant l'hiver. Au lait de chaux M. Campardon substitue souvent la liqueur de Gowland, des Anglais, qui doit son action au deuto-chlorure de mercure qu'elle contient.

Lorsque la rougeur de la face commence à se ternir, on hâte sa décadence par l'application des pommades résolutives; parmi celles dont l'auteur a l'habitude de se servir, se trouve celle d'iodure de potassium au dixième, ainsi que celle d'iodure de plomb.

Si l'*acne rosacea* est compliquée de l'*acne indurata*, on fait onctionner les tubercules avec la pommade de chlorure d'argent dans la proportion de 60 à 75 centigrammes pour 16 gram. d'axonge et 8 grammes de cire vierge. Cette pommade étendue tous les soirs sous forme de frictions, sur chaque tubercule, en hâte notablement la résolution. L'emploi de ces moyens est secondé par les tisanes dites dépuratives; le houblon, la pensée sauvage, le petit houx en infusion, la bardane, la patience, et en décoction sucrée avec le sirop suivant :

Pr. :	Gaïac râpé.	2 parties.
	Salsepareille mondée, coupée et concassée. .	1/2
	Serpentaire de Virginie, écorce de sureau, capillaire du Canada.	de chaque 1/4
	Eau bouillante.	45
	Sucre blanc.	10

Les bains simples de Barèges, les eaux de Barèges en boisson viennent aussi concourir à la cure.

Si, malgré l'emploi méthodique de ces moyens, les phénomènes qui annoncent le commencement de l'amélioration tardaient trop à se montrer, l'auteur propose de modifier alors la manière d'agir d'Ambroise Paré, en irritant la peau du visage

avec la pommade cantharidée. Lorsque la peau, de rouge qu'elle était, devient violacée, M. Campardon emploie les antiphlogistiques franchement et activement. Dès que les phénomènes inflammatoires sont tombés, il est ordinaire de voir la peau se décolorer avec une grande rapidité; il est rare qu'on soit obligé d'avoir de nouveau recours au même moyen, dont l'énergie, d'ailleurs, est graduée selon l'intensité de la maladie et la susceptibilité individuelle. Habituellement l'auteur se sert de la cantharide à la dose de 4 grammes pour 32 grammes d'axonge, et il fait onctionner les parties malades toutes les deux heures. Bientôt, dit-il, une chaleur, une cuisson très-vive occupent les parties frictionnées, et, dans quelques cas, s'étendent plus loin : une fièvre locale bien manifeste se développe, la face et la tête deviennent douloureuses, les artères temporales battent avec force ; une large saignée ou une application de sangsues sur les apophyses ou les tempes, suivant les sujets, suffisent ordinairement pour conjurer ces accidents. Des applications froides sur la face, des bains de pied, un purgatif salin et une boisson fraîche, amènent doucement le malade à un état de calme que la cuisson et la tension de la peau du visage lui avaient fait oublier depuis longtemps.

---

12. *Névralgie sciatique datant de quinze ans et rebelle à une foule de moyens; guérison presque instantanée par l'application du cautère actuel sur le dos du pied*; par M. Payan, D. M., chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Aix.

(Bulletin général de Thérapeutique, mars 1848.)

Il n'est pas de maladies qui résistent plus opiniâtrément aux agents thérapeutiques que les affections nerveuses en général, et certaines névralgies sciatiques en particulier. Nous avons vu plusieurs fois ces dernières faire, en quelque sorte, le désespoir des hommes de l'art, qui ne pouvaient parvenir à en obtenir la guérison. Tel avait été le cas que nous a récemment présenté un malade que nous avons eu à traiter d'une sciatique très-ancienne et des plus rebelles, et dont une application du cautère actuel sur le dos du pied a produit la disparition presque instantanée. Ce fait nous a paru trop remarquable pour ne pas l'ajouter à ceux que nous avons fait connaître.

Obs.—Le sieur Arnaud, plâtrier, âgé de trente ans, commença, à l'âge de quinze ans, à souffrir d'une névralgie sciatique. Cette première fois la névralgie fut très-intense, et, pendant huit mois, fut traitée par divers moyens. Elle finit cependant par s'amender, et cet homme, sans être guéri complétement, put se remettre

au travail. Il a ainsi passé quatorze ans, éprouvant toujours des ressentiments de sa sciatique qui l'obligeaient même de temps à autre à suspendre son travail, savoir, quand les douleurs étaient plus violentes. Mais, vers le milieu du mois de juin dernier, cette névralgie prit une intensité depuis longtemps inusitée, et force fut à cet homme de laisser tout travail et de réclamer les secours de l'art. Pendant trois mois et demi, il fut soigné par son médecin qui s'adressa inutilement à beaucoup de moyens ; après quoi il entra, le 3 octobre dernier, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, où j'eus à lui donner mes soins. Il était désespéré de se voir toujours souffrant, et c'était bien vraiment d'une sciatique qu'il était atteint, laquelle, étendue depuis l'origine du nerf sciatique, entre l'ischium et le trochanter, se propageait de là au creux poplité, et venait s'étendre insensiblement jusqu'aux dernières ramifications nerveuses du pied. La violence du mal privait cet homme du repos et il ne marchait que très-péniblement.

Je prescrivis tour à tour une abondante application de sangsues, des frictions belladonées, des lavements de térébenthine, deux vésicatoires larges sur le trajet du nerf, au haut de la cuisse et à la partie externe et supérieure du mollet, lesquels furent toujours pansés avec le sulfate de morphine ; enfin, en désespoir de cause, deux moxas qui furent appliqués le 16 novembre, derrière le grand trochanter. Les moxas seuls amendèrent un peu les douleurs vers le haut de la cuisse, mais nullement à la jambe et au pied, et chaque matin le malade me réitérait ses plaintes et son désespoir. C'est dans ces entrefaites que j'eus connaissance de la note adressée à la Société de médecine par M. Alph. Robert, sur le traitement de la névralgie sciatique par l'application du cautère actuel sur le dos du pied. Plein de confiance en la probité scientifique de cet excellent confrère, je me proposai de suite d'employer chez mon malade cette méthode renouvelée des Arabes.

En conséquence, le 6 décembre, j'appliquai sur la face dorsale du pied gauche, et vis à vis l'intervalle des quatrième et cinquième orteils, une cautérisation avec le fer rouge, dans l'étendue de deux doigts en longueur et d'un demi-travers de doigt en largeur, opération à laquelle le malade se soumit de bon cœur, tant il était désireux de guérir. La cautérisation fut de moitié moins étendue que celle qu'avait, dans un cas semblable, pratiquée M. Robert, ce qui n'empêcha pas la guérison.

En effet, dès le lendemain, le malade annonça un soulagement très-marqué, lequel fut complet dans deux ou trois jours. A dater de ce moment, il n'eut plus de ressentiment de sa sciatique, et

il ne pouvait concevoir lui-même un bien-être aussi promptement obtenu. Les élèves et nous n'étions pas moins étonnés d'un résultat aussi remarquable. Enfin, cet homme, après s'être bien assuré que, quoiqu'il marchât jusqu'à la fatigue, il n'éprouvait plus aucun ressentiment de cette névralgie, dont il croyait naguère ne pouvoir jamais se débarrasser entièrement, quitta nos salles le 22 décembre dernier, le dix-septième jour de la cautérisation.

La plaie du pied était presque cicatrisée. Tout annonçait que la guérison serait définitive.

Ce fait, associé à ceux qu'a observés récemment M. Robert dans sa pratique, et à quelques autres qu'il rappelle comme ayant été relatés par Klein, nous porte à croire que la cautérisation du dos du pied, pour la guérison de la sciatique rebelle, est appelée à rendre de bien grands services aux malheureux que tourmente cette pénible infirmité. Voilà, en effet, un sujet, qui, pendant quinze ans, n'avait pu se débarrasser de la sienne, et qui en a été guéri par la cautérisation sus-indiquée. On serait porté à se demander comment le traitement qui a donné un aussi prodigieux succès avait pu, après avoir été usité parmi les Arabes, comme l'attestait Franciscus Corbus en 1776, après avoir été préconisé plus tard par Petrini de Pesaro, et enfin par Klein en 1824, tomber dans un tel oubli, qu'aucun auteur contemporain peut-être n'a daigné le mentionner.

Serait-ce parce que cette cautérisation porte vers la terminaison du nerf, qu'elle est aussi efficace ?

---

13. *De l'emploi de la potion de chopart contre l'hémoptysie* ; par M. Alp. Milcent, D. M.

(Bulletin général de Thérapeutique, mars 1848.)

Le crachement de sang présente, quant à son intensité, des différences assez marquées pour qu'il soit bon d'en tenir compte.

1°. Il peut consister seulement dans l'expectoration d'une quantité très-peu considérable de sang, ou même de quelques crachats sanguinolents ; ce petit crachement de sang n'a nulle gravité par lui-même, et il n'exige, pour ainsi dire, aucun traitement. Le repos, le silence, l'abstinence de vin et d'aliments excitants ; l'usage de quelque boisson mucilagineuse, telle que la décoction de grande consoude ou de guimauve, l'eau de riz, la solution de gomme, etc., tels sont les moyens auxquels on a recours et qui suffisent toujours en pareil cas.

2°. L'hémoptysie peut présenter plus d'intensité sans être cependant encore très-abondante. Dans ce cas, elle cède souvent à

l'emploi des bains de pieds, des sinapismes, des ventouses sèches ou scarifiées, de la ligature des membres ; et aussi à l'usage de différentes substances, telles que les acides minéraux et végétaux, les racines de tormentille et de bistorte, le sang-dragon, l'écorce de grenade, l'alun, l'extrait de ratanhia et l'ergot de seigle. Malgré l'utilité de ces moyens, la saignée est quelquefois indispensable pour mettre fin à une hémoptysie de moyenne intensité.

3°. Si le crachement de sang est abondant, c'est là la première chose qu'il y ait à faire ; la saignée doit être alors employée avec énergie et réitérée plusieurs fois s'il le faut. De petites saignées pourraient avoir un résultat contraire à celui qu'on se propose, et entretenir ou renouveler l'hémorrhagie.

Il convient aussi, dans ce cas, suivant la méthode de Sydenham, de faire suivre la saignée d'un ou de plusieurs purgatifs, à moins de contre-indication évidente.

4°. Il est une autre variété d'hémoptysie, c'est l'hémoptysie foudroyante ; son nom indique assez sa terminaison habituelle et l'impuissance de la thérapeutique à son égard.

5°. Si, comme nous l'avons vu plus haut, il est un certain nombre d'hémoptysies contre lesquelle la science possède des moyens efficaces, il en est malheureusement contre lesquelles la thérapeutique est impuissante ; telles sont, indépendamment de l'hémoptysie foudroyante, ces hémoptysies graves et répétées, qu'on observe surtout dans le cours de la phthisie. On peut les combattre dès leur début avec quelques succès ; mais elles se renouvellent bientôt, et l'on ne peut plus insister sur les émissions sanguines, à cause de l'état de faiblesse des malades. Tous les médicaments échouent, et ceux qui pourraient avoir quelque efficacité se trouvent contre-indiqués.

Il était naturel de chercher un moyen de combattre ces hémorrhagies rebelles, et nous croyons faire une chose utile en appelant l'attention sur une préparation qui a produit d'excellents effets dans les cas dont il est question.

Nous voulons parler de la potion de Chopart, que M. J.-P. Tessier a été conduit à mettre en usage, par la considération des propriétés médicamenteuses des substances dont l'ensemble constitue cette préparation.

On sait en effet que, parmi ces substances, les unes sont encore employées isolément contre les hémorrhagies, tandis que les autres sont aujourd'hui à peu près complétement négligées, bien qu'elles jouissent de propriétés hémostatiques signalées par un certain nombre d'excellents auteurs.

« Balsami tolutani fumum in pulmones inspiratum pro sanguinis sputo laudat celeberrimus Mead », dit Van Swieten. Dans un autre passage, le même auteur insiste sur l'utilité des substances suivantes : « Balsamum copaybæ, peruvianum, tolutanum de Meccâ.

Du reste, tout en recommandant l'usage de la potion de Chopart comme très-efficace contre les hémoptysies rebelles, et surtout comme ne présentant aucun inconvénient, nous n'avons pas la prétention d'en faire un médicament héroïque. Il est des cas où il échoue, mais enfin il rend souvent plus de services à lui seul que tous les autres réunis, et il réussit fréquemment là où tous les autres ont échoué.

On l'administre ordinairement à la dose d'une cuillerée à bouche ou de deux cuillerées par jour, et on en continue l'usage jusqu'à la cessation du crachement de sang.

Il est bien entendu que l'on peut augmenter la dose sans inconvénient. On y est quelquefois forcé par l'intensité et la persistance de l'hémorrhagie ; mais le plus souvent une ou deux cuillerées suffisent. Du reste, nous allons rapporter plusieurs observations qui font bien ressortir la rapidité de son action.

Voici quelle est la formule exacte dont on s'est servi dans toutes les expérimentations qui ont été faites à cet égard :

℞ Baume de copahu.	âà 30 grammes.
Sirop de tolu.	
Eau de menthe.	
Alcool.	
Alcool nitrique.	1 gramme.

Il importe que l'alcool nitrique ait au moins huit jours de préparation. En effet, dans quelques cas, cette précaution n'ayant pas été prise, la potion de Chopart n'a pas produit les bons résultats qu'on en a constamment retirés.

Hémoptysie durant depuis quatre jours, définitivement arrêtée par une seule cuillerée de la potion de Chopart. (Service de M. J.-T. Tessier.)

Obs. I. — Lehuerf René, âgé de vingt-deux ans, cordonnier, demeurant rue Jean-de-Lépine, 6, entre à l'Hôtel-Dieu (annexe), le 13 octobre 1847.

Le père de ce malade est mort à l'âge de soixante-cinq ans, à la suite d'une maladie aiguë qui n'a duré que trois semaines. Sa mère, âgée de cinquante-deux ans, jouit d'une bonne santé. Il se rappelle avoir entendu dire que les parents de son père sont presque tous morts dans un âge peu avancé. Il a eu quatre frères

qui sont morts en bas âge. Il ne lui reste qu'une sœur qui a vingt-cinq ans qui est bien portante. Quant à lui, il a eu, pendant sa jeunesse, quelques affections strumeuses.

Il contracta un rhume dans l'hiver de 1846 à 1847. Vers le printemps suivant, il commença à maigrir. Tout en continuant à tousser, il suait en dormant, particulièrement de la tête. De tout temps, du reste, il se rappelle avoir sué pendant son sommeil, mais les sueurs augmentèrent à l'époque dont nous parlons. Il ne donne, d'ailleurs, que des détails insuffisants sur le début de la toux, sur le caractère de ce symptôme et des autres phénomènes qui l'accompagnaient. Il se rappelle seulement qu'il crache depuis le moment où il a été pris de toux, qu'il n'a point eu de diarrhée, et qu'il n'avait jamais craché de sang avant le 10 octobre 1847.

Ce jour-là, sans cause connue, sans plus de malaise que d'habitude, sans phénomènes précurseurs, il fut pris tout à coup, en se baissant pour se laver les mains, d'une quinte de toux et d'un crachement de sang assez abondant. Ce sang était rouge vermeil et non spumeux, se prenant en caillots.

L'hémoptysie continua presque toute la journée ; mais le sang était rendu de moins en moins pur et mélangé de mucosités.

Dans la soirée, le malade, étant sorti pour aller *à la barrière*, n'éprouvait qu'un peu de faiblesse. Il mangea peu et ne but point.

Pendant la nuit, il fut réveillé par un nouveau crachement de sang.

Dans le courant de la journée, il n'expectora que du sang mélangé ; mais pendant la nuit, il rendit encore une certaine quantité de sang pur. Le 13 octobre, le crachement de sang continuant toujours, il entra à l'hôpital.

On le trouve, le 14, dans l'état suivant : face rouge et animée (le malade a naturellement, du reste, le visage coloré), un peu d'oppression, besoin fréquent de tousser, fièvre ; il a rempli de sang, pendant la nuit, la moitié de son crachoir. Rien de notable à l'auscultation et à la percussion. 95 bulles de râle muqueux disséminé.

On prescrit une cuillerée à bouche de la potion de Chopart. A dix heures, le malade la prend. Dans le courant de la journée, les crachats deviennent de moins en moins sanglants. Le soir, ils ne le sont plus.

Pendant la nuit, le crachement de sang ne revint plus comme les nuits précédentes, et, depuis ce temps, il n'a pas reparu.

Nous pourrions, à la suite de cette observation, en citer d'au-

tres, que nous avons également recueillies ; mais nous préférons en publier aussi quelques-unes qui ne nous sont pas particulières, et que nous devons à l'obligeance de deux de nos amis et confrères, les docteurs Gabalda et Jousset.

Hémoptysie très-abondante. L'ergot de seigle et l'extrait de ratanhia, employés d'abord avec avantage, deviennent complétement impuissants. La potion de Chopart suspend l'hémorrhagie et suffit pour l'arrêter chaque fois qu'elle reparaît.

Obs. II.—Ladmiral, (Louis-Adolphe), âgé de vingt-quatre ans, bottier, entré le 30 mai 1847, salle Sainte-Jeanne, à l'Hôtel-Dieu. Le père et la mère de ce malade vivent encore. Sa mère, âgée de plus de cinquante ans, tousse habituellement ; elle est très-maigre. Il y a eu six enfants dans la famille. Les deux aînés seuls sont vivants ; les autres sont morts à un âge peu avancé (de neuf à onze ans). Une sœur du malade est morte à la suite d'une hémoptysie considérable.

Louis s'est bien porté jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Depuis cette époque, il a eu presque tous les ans des ophthalmies, au commencement du printemps. L'application des vésicatoires dissipait toujours cette affection.

Il y a six ans, après avoir fait un excès de table, il a eu une première hémoptysie, qui a été peu considérable. Depuis trois ans, il a des rhumes prolongés à l'entrée du printemps (février, mars). Ces rhumes se dissipaient dans la belle saison. Ils n'ont jamais été accompagnés d'hémoptysie.

Louis est venu à Paris, cette année, au mois de février. (Il l'avait quitté depuis un an, et avant cette époque il y venait depuis quatre ans passer seulement quelques mois.) Peu de temps après son arrivée à Paris, toussant déjà depuis quelques jours, il a vu son rhume s'aggraver beaucoup sous l'influence d'un refroidissement auquel il s'était exposé en recevant la pluie et en gardant des habits mouillés. Il est entré à l'hospice Necker, où il a passé un mois. Pendant son séjour à l'hospice, il a toussé beaucoup, il a eu des sueurs nocturnes (ce symptôme existait déjà pendant tout l'hiver); il n'a pas eu d'hémoptysie. La toux et la fièvre étant notablement amendées, il est sorti de Necker le 25 mai. Dès ce jour, il y a eu un peu de sang dans deux ou trois crachats. Deux jours après, il a craché environ un demi-verre de sang. Un médecin appelé a prescrit un moyen hémostatique qui a arrêté l'hémoptysie, mais elle a paru deux jours après, et, cette fois, Louis a rendu en deux fois, à midi et à minuit, la valeur d'un pot de nuit rempli de sang. A deux heures du matin, il s'est

fait transporter à l'Hôtel-Dieu. L'hémoptysie a continué pendant la nuit, et, le matin, nous avons trouvé le malade crachant encore du sang. Son crachoir était rempli d'un sang rouge et spumeux. Son pouls était très-fréquent et assez fort. On a pratiqué immédiatement une petite saignée d'une palette, et on a prescrit un julep avec 1 gramme de seigle ergoté en poudre et 1 gramme d'extrait de ratanhia. Sous l'influence de ces moyens, l'hémorrhagie s'est arrêtée.

Le 1er juin, elle a recommencé avec une grande violence, quoiqu'on eût continué l'usage de l'ergot de seigle. La dose de ce médicament a été doublée ; néanmoins l'hémoptysie a persisté. Le 2 juin, nous avons prescrit la potion de Chopart (deux cuillerées à bouche dans la journée). Le soir, l'hémoptysie était arrêtée. Le 3 et le 4, le malade a craché du sang noir et coagulé. Ces caillots ont été de plus en plus rares. Le 5 et les jours suivants, il n'y a plus eu de sang dans les crachats. Jusqu'au 6, le malade a pris tous les matins une cuillerée de la potion de Chopart.

Le 14, pendant la visite, une nouvelle hémoptysie s'est manifestée avec une grande violence (en cinq minutes, le crachoir était à moitié rempli). J'ai immédiatement appliqué des ligatures sur les bras du malade. L'hémoptysie a cessé presque aussitôt. Je lui ai fait avaler ensuite une cuillerée de la potion de Chopart. L'hémoptysie n'a pas reparu. Elle s'est manifestée de nouveau le 17. Le malade, suivant le conseil que je lui en avais donné, s'est fait lier les deux bras et a avalé une cuillerée de potion. L'hémoptysie s'est arrêtée. Le 22, mêmes accidents et même succès. Depuis le 22, il n'y a pas eu de nouvelles hémoptysie. Le 4 juillet, le malade est sorti pour aller à Chartres, son pays natal. Durant son séjour à l'hospice, sa phthisie avait fait des progrès rapides. Au moment de sa sortie, il présentait les signes de deux cavernes, une au sommet de chaque poumon.

Hémoptysie avec suffocation imminente ; une saignée rappelle le malade à la vie et fait cesser momentanément l'hémorrhagie ; celle-ci se reproduit, malgré deux nouvelles saignées. La potion de Chopart arrête définitivement l'hémoptysie.

Obs. III. — Nous avons vu employer la potion de Chopart pour la première fois, au commencement de l'année 1846, dans le service de M. Tessier, à l'Hôtel-Dieu. C'était chez un jeune homme âgé de vingt-trois ans, arrivé à une période avancée de la phthisie. Il était en proie, depuis trois jours, à des hémoptysies qui se répétaient plusieurs fois dans la journée, lorsqu'on

l'apporta à l'Hôtel-Dieu. Quelques instants après son entrée, il fut pris sous nos yeux d'un nouveau crachement de sang. La face devint cyanosée ; les extrémités se refroidirent, le pouls devint très-petit et fréquent ; il y eut quelques mouvements convulsifs. Sa respiration était très-difficile. A chaque mouvement respiratoire, il sortait par la bouche du sang noir et spumeux, que le malade n'avait plus la force de rejeter. Il était sur le point d'expirer ; une petite saignée le rappela à la vie. M. Tessier prescrivit deux autres saignées de 100 grammes chacune à pratiquer dans la journée. Le malade fut assez calme ce jour-là et le jour suivant ; mais le troisième jour, l'hémoptysie recommença. M. Tessier prescrivit alors une cuillerée à bouche de la potion de Chopart. Presque aussitôt après l'administration de ce moyen, le malade éprouva un amendement très-marqué. Il se sentit moins suffoqué ; le bouillonnement qu'il éprouvait dans la poitrine diminua beaucoup. Il eut encore, pendant toute la journée, des crachats de sang ; mais ce liquide, au lieu d'être rouge et spumeux, devint de plus en plus noir et coagulé. Le lendemain, on administra une deuxième cuillerée de la même potion. La quantité de sang diminua, et peu à peu les crachats perdirent toute coloration. En même temps, le pouls, qui était petit, fréquent et redoublé pendant l'hémorrhagie, devint plus rare et plus grand. Les autres signes du mouvement hémorrhagique disparurent aussi graduellement. Le troisième, le quatrième et le cinquième jour, le malade prit une cuillerée de la potion de Chopart ; puis, il cessa d'en prendre.

Le malade passa deux mois à l'Hôtel-Dieu. Pendant ce temps, la phthisie continua de marcher et détermina la mort ; mais l'hémoptysie ne se reproduisit point.

Hémoptysie abondante accompagnée de forte dyspnée. La potion de Chopart arrête immédiatement l'hémorrhagie et dissipe l'oppression et l'agitation.

Obs. IV.—Péron, âgé de trente-six ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 28 juin 1847, salle Saint-Lazare, 4.

Ce malade, d'une constitution détériorée, a été pris d'hémoptysie pour la première fois au mois d'août 1843. Au mois de septembre 1846, le même accident se renouvela, et c'était pour la troisième fois que le malade était pris de crachement de sang, quand il entra à l'Hôtel-Dieu, cette année.

L'hémoptysie commença le 28 juin, à six heures du matin, cessa dans la journée, et reprit le soir, au moment de la visite. Je lui prescrivis alors des sinapismes et une bouteille d'eau de

Sedlitz. Le crachement de sang diminua un peu pendant la nuit; mais il reprit avec intensité le 29 au matin. Le soir, je fis prendre au malade une cuillerée de la potion de Chopart.

Le malade me dit, le lendemain, que quelque temps après avoir pris ce médicament, l'oppression disparut en même temps que le crachement de sang cessa. Il s'endormit presque aussitôt, et reposa tranquillement pendant six ou sept heures.

Le lendemain matin, il expectorait encore quelques crachats sanguinolents; mais l'hémoptysie avait cessé.

Le malade eut deux selles dans la journée; M. Martin-Solon lui continua l'usage de quelques cuillerées de la potion de Chopart, à six heures d'intervalle, et l'hémoptysie ne se renouvela plus.

Il nous serait facile de multiplier les observations, car depuis deux ans, nous en avons recueilli un grand nombre; mais celles qui précèdent nous semblent suffisantes pour montrer tous les avantages qu'on peut attendre de la médication nouvelle que nous proposons, et pour indiquer les cas particuliers auxquels elle convient.

14. *Du sulfate de quinine à haute dose comme traitement prophylactique de la fièvre puerpérale*; par le docteur LEUDET, médecin à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

(Bulletin général de Thérapeutique, mars 1848.)

L'emploi du sulfate de quinine à haute dose a pris dans ces dernières années, en thérapeutique, une place des plus importantes, et l'on peut dire, sans exagération, que plusieurs des applications de ce médicament constituent de véritables et précieuses conquêtes de la médecine moderne. Peut-être serait-il à désirer cependant que les indications de cette médication fussent posées d'une manière plus certaine et plus précise; car il n'est pas toujours facile au médecin de se rendre compte de quelques rares insuccès, qui suivent son emploi dans des cas en apparence identiques avec ceux où son administration a été des plus favorables. Dans l'état actuel des choses, les services qu'elle rend sont néanmoins incontestables, et tout fait espérer que, avant peu, les travaux journellement entrepris sur cette médication éclaireront les quelques obscurités que peut présenter son application.

Nous avons à signaler aujourd'hui une application nouvelle, que nous empruntons à la pratique d'un médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, M. Leudet, c'est l'*emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement de la fièvre puerpérale*. Nous le faisons d'autant plus volontiers que, dans deux circonstances récentes,

il nous a été donné de nous convaincre des heureux effets de cette médication. Mais ce qui différencie les résultats de M. Leudet de ceux qui nous sont propres, c'est que ce médecin met en usage le sulfate de quinine seulement comme moyen prophylactique, tandis que nous l'avons employé nous-même avec succès dans le cours de la fièvre puerpérale déclarée et présentant les phénomènes typhoïdes-adynamiques les plus tranchés.

Dans une épidémie qui régnait à la fin de 1843, et qui se prolongea pendant plus de trois mois, bien que plusieurs fois on eût pu croire à sa terminaison, M. Leudet pensa que l'administration du sulfate de quinine, employé avant le moment où la fièvre puerpérale avait contume de se manifester, pourrait prévenir le développement de la maladie. Il vit qu'aucune des femmes qui avaient été soumises à l'usage de ce médicament n'était tombée malade. Mais, comme elles étaient en petit nombre, il y attacha peu d'importance. Il était possible, en effet, qu'on eût eu affaire à une simple coïncidence. Comme M. Leudet n'avait point remarqué que l'usage du sulfate de quinine, à la dose d'un gramme à laquelle il l'employait, eût été jamais suivi d'accidents, il y eut recours beaucoup plus souvent dans deux autres épidémies qui eurent lieu dans son service, en 1845 et 1846 : chaque fois celles des femmes qui furent soumises au sulfate de quinine ne tombèrent pas malades.

Afin de mieux faire apprécier la valeur de la médication prophylactique employée à l'Hôtel-Dieu de Rouen, nous empruntons à la thèse de M. de Folleville le relevé des accouchements qui ont eu lieu pendant les épidémies de 1843, 1845 et 1846.

Du 21 septembre 1843 au 8 janvier 1844, quatre-vingt-trois femmes sont venues accoucher à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Sur ce nombre, soixante-quatorze n'ont été soumises à aucune médication ; vingt et une ont été prises de fièvre puerpérale ; neuf autres ont pris du sulfate de quinine et se sont trouvées a l'abri de toute influence épidémique.

Du 8 juillet au 9 août 1845, on compte vingt-six accouchements. Onze femmes n'ont été soumises à aucune médication ; huit ont été atteintes de la fièvre ; des quinze autres, traitées par le sulfate de quinine, une seule a été prise de la fièvre.

Enfin, du 9 mars au 21 avril 1846, trente-six femmes sont venues accoucher dans le même hôpital ; dix-neuf n'ont pas pris de sulfate de quinine ; onze ont été atteintes de fièvre puerpérale; seize ont été soumises à l'emploi de ce sel ; une seule est tombée malade.

On voit que, si on laisse de côté l'épidémie de fièvre puerpé-

rale de 1843 (où le sulfate de quinine n'a été administré que neuf fois sur quatre-vingt-trois, sans qu'aucune de ces neuf femmes ait été malade), soixante-deux femmes sont venues faire leurs couches à l'Hôtel-Dieu, en 1845 et 1846, au moment où la maladie y régnait avec une grande intensité. Sur ce nombre, trente-deux ont été soumises à l'emploi du sulfate de quinine, et trente n'en ont pas pris. Qu'est-il arrivé ? C'est que, parmi les nouvelles accouchées de la deuxième série, il y a eu dix-neuf malades sur trente; tandis que, sur les trente-deux de la première série, on ne compte que deux cas de maladie. Encore, dans ces deux cas, le frisson initial a eu lieu si peu de temps après la première dose du médicament, que ce n'est point à l'impuissance du sel de quinine, mais bien plutôt à la rapide invasion de la fièvre puerpérale qu'il faut attribuer ces deux insuccès.

Peut-être pourrait-on objecter aux faits qui précèdent que rien ne prouve que la fièvre puerpérale se fût développée chez les nouvelles accouchées qui avaient pris du sulfate de quinine ; que c'est seulement par un heureux effet du hasard qu'elle a épargné celles qui avaient été soumises à son usage. Les observations de l'auteur ne portent point sur une échelle assez étendue pour conduire à une certitude absolue ; mais telles qu'elles sont, il est impossible d'expliquer, par un simple effet du hasard, que l'épidémie frappe les deux tiers des femmes qui n'ont pas pris de sulfate de quinine, tandis qu'elle ne semble atteindre les autres qu'exceptionnellement. Sans doute, il ne faut accepter qu'avec une extrême réserve les faits nouveaux, surtout lorsqu'ils se présentent avec quelque chose de merveilleux. Mais, pourtant, il ne faut pas pousser le scepticisme jusqu'à les rejeter sans examen, par cela seul qu'ils sont inattendus. Du reste, il est arrivé trois fois que, plusieurs femmes ayant accouché dans la même journée, on donna aux unes le sulfate de quinine, et que les autres n'en prirent point. Les premières, au nombre de quatre, se rétablirent sans accident, tandis que, parmi les dernières, au nombre de cinq, il y eut quatre malades qui moururent toutes. Un fait encore remarquable, c'est que, sur douze accouchements qui eurent lieu du 9 au 17 mars 1846, on n'a prescrit le sulfate de quinine que deux fois, et toujours avec succès; tandis que les dix autres ont été suivis huit fois de fièvre puerpérale d'une extrême gravité; et cela bien que, parmi les dernières accouchées, plusieurs aient fait un séjour assez court dans le foyer d'infection. Enfin, une circonstance encore bonne à noter, c'est que l'on n'a pas établi de choix entre les femmes récemment accouchées, relativement à l'administration

du sulfate de quinine : M. Leudet l'a employé sur toutes les femmes indistinctement; peut-être même de préférence sur celles qui, parmi les mauvaises conditions dans lesquelles elles se trouvaient, avaient le plus à redouter. Si on n'a pas fait un usage plus fréquent du sulfate de quinine, surtout au commencement de l'épidémie de 1846, cela a tenu à la répugnance insurmontable des femmes pour ce médicament. Dégoûtées par son amertume, elles se refusaient, dès la première dose, à en continuer l'usage. Quelques-unes même n'en voulaient à aucun prix.

Voici de quelle manière M. Leudet se sert du sulfate de quinine : aussitôt que la nouvelle accouchée est un peu remise des fatigues occasionnées par le travail, c'est-à-dire quatre heures environ après la délivrance, on fait prendre 1 gramme du médicament dans les vingt-quatre heures, et en trois fois. Le lendemain, on ordonne un second gramme de sulfate. Les jours suivants, on réduit la quantité de ce sel à 60 centigrammes, et on la continue jusqu'à ce que la femme ait passé l'époque où la fièvre puerpérale a coutume de se manifester, jusqu'au sixième jour environ. La fièvre de lait n'est pas toujours une indication pour suspendre son emploi, car elle est souvent si peu intense, chez les personnes qui viennent réclamer des secours dans les hôpitaux, qu'elle s'accompagne à peine de quelques symptômes généraux. Dans les cas les plus fréquents, la fièvre puerpérale débute du deuxième au quatrième jour depuis la délivrance; alors il suffit d'attendre que celle-ci ait eu lieu pour commencer le traitement prophylactique. Cela ne suffit plus, lorsque la fièvre se développe pendant le travail, ou immédiatement après sa terminaison, ainsi qu'on l'a vu dans certaines épidémies, et en particulier à l'Hôtel-Dieu de Rouen, au mois de septembre 1843. Au premier signe qui annonce que le travail va commencer, il faut recourir au sulfate de quinine. Jamais M. Leudet n'a vu de graves accidents à la suite de cette médication; il y a eu parfois quelques légers étourdissements, un peu de céphalalgie, du ralentissement du pouls; mais tout cela si peu marqué qu'on n'a pas jugé convenable de s'en occuper, encore moins de suspendre le traitement prophylactique.

Ce n'est pas la première fois que les préparations de quinquina ont été mises en usage, comme traitement prophylactique de la fièvre puerpérale. M. de Folleville cite un passage du *Traité des pertes de sang*, d'Alphonse Leroy, relatif à une épidémie de péritonite puerpérale, qui régnait à l'hospice d'Humanité de Rouen, en 1793, et qui s'annonçait par de petites coliques que

les femmes ressentaient dans le bas-ventre, quelques jours avant d'accoucher. Pour prévenir cette fatale maladie, on fit prendre aux femmes, dans les derniers mois, ou quelques jours avant l'accouchement, de fortes décoctions de quinquina, rendu purgatif, surtout aux femmes menacées de quelques coliques; on y ajoutait une potion composée d'eaux aromatiques, d'esprit de Mindérérus et de sirop de quinquina. En outre, la salle des accouchées fut transférée dans un lieu bien aéré et exposé au midi. Dès lors on vit cesser l'épidémie...

Qu'on ne croie pas, au reste, que M. Leudet borne le traitement propylactique de la fièvre puerpérale à l'administration du sulfate de quinine. Nous n'en voulons pour preuve que les conclusions du travail de M. de Folleville, que nous reproduisons textuellement.

« En résumé, dit-il, le traitement prophylactique de la fièvre puerpérale se rapporte à trois chefs principaux :

1° Combattre les prédispositions individuelles et éloigner, autant que faire se peut, les complications qui peuvent aggraver l'accouchement ou contrarier ses suites ;

2° Remédier, par des moyens hygiéniques convenables, aux conditions défavorables qui résultent de la présence d'un plus ou moins gaand nombre de femmes en couches dans un même lieu ;

3° Mettre, par l'usage du sulfate de quinine, l'économie à même de résister à l'espèce d'empoisonnement miasmatique qui produit la maladie, avant qu'il ait eu le temps de se révéler par des accidents, contre lesquels la médecine n'a que de faibles ressources. »

---

15. *Note sur l'emploi du musc associé à l'opium dans le traitement des pneumonies ataxiques ;* par M. Carrière, D.-M., agrégé à la Faculté de medecine de Strasbourg.

(Bulletin général de Thérapeutique, mai 1848.)

Je ne viens point faire connaître dans cette note un remède nouveau, ni préconiser une méthode thérapeutique nouvelle. Le rôle du praticien, qui veut se rendre utile à l'art de guérir, n'est pas toujours d'enregistrer des nouveautés ou d'attacher son nom à quelque formule plus ou moins neuve ; il consiste aussi à soumettre à l'épreuve de l'expérience certains agents dont l'usage est peu répandu, ou dont l'application se trouve restreinte à quelques cas particuliers, et à signaler à l'attention des praticiens ceux qui lui paraissent appelés à rendre de véritables services.

Tel est ici mon but en mettant sous les yeux des lecteurs quelques observations sur l'emploi du musc, dans cette variété grave de pneumonie que l'on a qualifiée du nom d'*ataxique*. Ces observations venant à l'appui de quelques autres faits publiés, soit dans ce recueil, soit dans d'autres journaux, j'ai l'espoir qu'elles contribueront peut-être à engager quelques praticiens à recourir à l'usage du musc, lorsqu'ils se trouveront en face de circonstances graves dans lesquelles ce précieux moyen trouve son indication.

Obs. I.—P...., garde forestier et ancien militaire, âgé d'une quarantaine d'années, doué d'une bonne constitution, habitué depuis longtemps à l'usage de l'eau-de-vie, fit une course pénible dans la montagne par un temps pluvieux et froid, et eut ses vêtements mouillés sur lui pendant toute la journée du 8 mars 1842. Le soir, en rentrant chez lui, il éprouva du malaise, de la lassitude, et se coucha sans rien prendre qu'un petit verre d'eau de cerises.

Le lendemain, il fut pris de fièvre avec toux, oppression et crachement de sang. Ayant eu déjà une fluxion de poitrine pendant qu'il était au service, il fit venir une sage-femme, et se fit pratiquer une saignée dont il se trouva soulagé. Cependant, le lendemain, l'oppression étant plus forte et l'expectoration plus difficile, il fit réitérer la saignée.

Le 11 mars, quatrième jour, le malade se trouvant encore plus mal, on vint me consulter, et d'après les renseignements qui me furent fournis, je crus devoir conseiller de recourir à une troisième saignée ; mais on me dit que le malade ne s'y déterminerait pas, qu'il se trouvait trop faible, et qu'il attribuait sa faiblesse à la dernière émission sanguine qui paraissait avoir été très-copieuse (deux assiettées ou environ 750 grammes de sang). Je prescrivis alors 0,50 centigrammes de tartre stibié dans une potion de 220 grammes à prendre par cuillerée de deux heures en deux heures, et l'infusion de capillaire pour boisson.

Le lendemain, je fus appelé pour voir le malade. Il n'avait pas fait usage des médicaments prescrits, parce qu'avant le retour de son commissionnaire, il avait été pris de délire et d'une agitation extrême. Lorsque j'arrivai près de lui, l'agitation avait fait place à une prostration considérable avec délire tranquille. La respiration était lente, suspirieuse, irrégulière, et le pouls extrêmement fréquent, petit, irrégulier, les extrémités froides. Je voulus faire placer le malade sur son séant pour examiner la partie postérieure de la poitrine, mais ce mouvement détermina une lipothymie qui m'obligea à le recoucher bien vite. La percussion

et l'auscultation de la partie antérieure et latérale me fournirent les signes d'une hépatisation complète des deux tiers supérieurs du poumon gauche. L'expectoration était nulle, mais on me fit voir des crachats rendus la veille, qui étaient fortement rouillés; pas d'urines depuis trente heures.

Cet état me parut des plus graves. Je me félicitai de ce que ni la saignée, ni la potion n'avaient été mises en usage, car j'aurais pu moi-même leur attribuer la prostration dans laquelle se trouvait le malade.

En désespoir de cause, et pour tâcher de ranimer la force vitale prête à s'éteindre, je prescrivis un vésicatoire d'un décimètre de surface sur chaque cuisse, et huit pilules contenant chacune 5 centigrammes de musc et 1 centigramme d'extrait aqueux d'opium, à administrer d'heure en heure. Je déclarai que la position était des plus fâcheuses, cependant j'engageai la famille à me donner des nouvelles le lendemain.

Quatre ou cinq jours se passèrent sans que j'entendisse parler du malade, qui habitait à environ vingt-quatre kilomètres de mon domicile, et je pensai qu'il avait succombé ; aussi je ne fus pas médiocrement surpris lorsqu'on vint me dire qu'il allait très-bien, et qu'il désirait vivement prendre des aliments. Le commissionnaire m'apportait même un billet écrit de la main du malade, dans lequel celui-ci me donnait quelques détails sur sa position actuelle.

Je questionnai le commissionnaire, beau-frère du malade, sur ce qui s'était passé depuis ma visite, et voici ce que j'appris. L'amélioration avait commencé à se manifester après la cinquième pilule, et quelques heures après la prise de la dernière, le délire avait complétement cessé : le malade se trouvait beaucoup plus fort et se félicitait du bien-être dans lequel il se trouvait. Mais le point de côté, l'oppression et la toux n'avaient pas tardé à se faire sentir vivement. On avait eu alors l'heureuse idée d'administrer la potion stibiée que j'avais d'abord prescrite et dont on n'avait pu faire usage. Le malade l'avait prise en deux jours sans en éprouver aucun malaise. Dès lors, sa position s'était améliorée chaque jour, et au moment où l'on vint me consulter, on pouvait le considérer comme entrant en convalescence ; en effet, la guérison ne se fit pas longtemps attendre, et j'ai revu depuis cet homme parfaitement bien portant.

Cette observation laisse bien, je le sais, quelque chose à désirer, puisque je n'ai pu suivre moi-même les effets de la médication ; cependant, tout incomplète qu'elle soit dans ses détails, elle témoigne clairement encore en faveur de l'efficacité du

musc, car c'est incontestablement sous l'influence de ce médicament que s'est manifesté un changement aussi inespéré dans la position du malade. Le musc, uni à l'opium, a provoqué dans l'organisme une réaction salutaire, et ranimé la vitalité prête à faillir. Puis, le tartre stibié a fait justice de la pneumonie qui, dégagée des phénomènes ataxiques, était rentrée dans les conditions ordinaires d'une simple phlegmasie pulmonaire; l'effet des vésicatoires sur les cuisses ayant été à peu près nul, on ne peut guère leur attribuer l'amélioration survenue quelques heures après leur application.

Obs. II. La femme Dargot âgée de trente-quatre ans, habitant la campagne, douée d'une bonne constitution et habituellement bien portante, fut prise, sans cause connue (1), dans la soirée du 4 février 1843, d'un violent frisson suivi de fièvre avec courbature et céphalalgie. On lui donna du vin chaud sucré, suivant la coutume des gens de la campagne; mais pendant la nuit, *des points* se déclarèrent avec toux et oppression, et la fièvre redoubla d'intensité. Dans la journée du 5, la malade rendit quelques crachats mêlés de sang, et c'est seulement le lendemain au soir que l'on vint me chercher pour la voir.

La dyspnée était alors considérable, et il existait au-dessous du sein droit une douleur tellement vive, que chaque secousse de toux arrachait un cri plaintif à la malade. L'expectoration était difficile, et les crachats, plutôt rouges que rouillés, étaient presque exclusivement composés de sang visqueux, mélangé de quelles bulles d'air. La percussion de la poitrine donnait un son mat dans tout l'espace compris entre la partie supérieure dn sein droit et la clavicule, et dans l'aisselle du même côté. En arrière, il n'y avait qu'un peu d'obscurité du son vers l'épine de l'omoplate, mais à la base du poumon gauche on retrouvait une matité presque aussi complète qu'au sommet du droit. La bronchophonie et le souffle tubaire se percevaient en avant et à droite dans tout l'espace occupé par la matité. Un râle crépitant très-fin existait en arrière, du même côté, au niveau de la fosse sous-épineuse. Enfin, à la base du côté gauche, on percevait le même râle mêlé d'un peu de souffle bronchique, particulièrement vers l'angle inférieur de l'omoplate. Le pouls était large et fort, la face colorée, la langue humide et couverte d'un enduit jaunâtre.

Il n'y avait pas deux chemins à prendre pour attaquer cette phlegmasie menaçante. Je pratiquai immédiatement une large

(1) Le pays était alors sous l'influence d'une constitution médicale, remarquable par l'extrême fréquence des phlegmasies pulmonaires.

saignée du bras, dont le sang se recouvrit au bout de quelques minutes d'une couche fibrineuse épaisse. Je prescrivis de renouveler cette opération le lendemain matin, et en outre, si le point pleurétique ne cédait pas, d'appliquer des ventouses scarifiées sur le côté droit. — *Diète, mauve sucrée avec sirop de gomme.*

La saignée fut répétée le 6, comme je l'avais prescrit, et les ventouses appliquées dans la soirée. Le point douloureux disparut presque complétement, et la dyspnée devint beaucoup moindre. Cependant le délire se déclara pendant la nuit; la malade se leva de son lit, parcourut toute la maison, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parvint à la recoucher et à la maintenir. Le 8, on m'appela de nouveau près d'elle. A mon arrivée, la malade me prit pour son confesseur, et ne répondit qu'en divaguant à toutes les questions que je lui adressai ; elle voulait aller à l'église, quelqu'un était caché dans son lit, etc. Son visage était pâle, sa physionomie décomposée, anxieuse ; elle était dans une agitation continuelle, et cherchait sans cesse, à l'aide de ses pieds et de ses mains, à se débarrasser de ses couvertures qu'on avait peine à maintenir sur elle. Son pouls petit et sans résistance donnait environ cent quarante pulsations par minute, et sa respiration était précipitée, irrégulière ; l'auscultation et la percussion de la poitrine donnaient à peu de chose près les mêmes résultats qu'à ma première visite. La malade toussait à peine, et l'expectoration, d'ailleurs fort rare, était toujours sanglante.

Il n'y avait plus à revenir aux évacuations sanguines. L'état ataxique était d'ailleurs manifeste pour moi, et je savais qu'en pareille circonstance il n'y a rien à attendre des antiphlogistiques. Je crus donc devoir recourir à l'usage du musc uni à l'opium, et je prescrivis : musc, 0,50 ; extr. gomm. d'opium, 0,06, en 6 pilules, à prendre une toutes les deux heures. Je fis, en outre, appliquer un large vésicatoire sur le côté droit, et donner pour boisson l'infusion chaude de tilleul. Le lendemain, on vint me dire que la malade était tout à fait calme, qu'elle avait beaucoup sué pendant un sommeil d'environ deux heures qu'elle avait fait, et qu'à son réveil elle ne délirait plus du tout ; mais la toux était redevenue plus fréquente, et je trouvai la malade fort oppressée. Son visage s'était coloré, son pouls avait pris plus de force et moins de fréquence; l'expectoration était toujours fort difficile. Je prescrivis *une potion de* 125 *grammes avec tartre stibié* 0,50, et *laudanum* 12 *gouttes.* Je conseillai, en outre, de replacer le vésicatoire, dont la malade s'était débarrassée dans son délire.

Le 11, la femme Dargot était beaucoup mieux. La potion stibiée avait été parfaitement tolérée, et n'avait pas provoqué un seul vomissement. Je la fis renouveler avec 0,40 de tartre stibié. Les jours suivants, il y eut des transpirations abondantes, l'oppression disparut complétement; la toux garda quelque fréquence, mais l'expectoration devint muqueuse et catarrhale, et bientôt la convalescence s'établit.

Nous voyons ici une pneumonie double chez une femme jeune et vigoureuse, attaquée au troisième jour par un traitement antiphlogistique énergique. La phlegmasie résiste aux émissions sanguines, qui ne paraissent avoir eu pour effet que de porter atteinte à la résistance vitale. En effet, le pouls se déprime en même temps que survient le délire, accompagné de désordres dans l'innervation et la calorification. Un véritable état ataxique succède à une réaction fébrile simple et franche. C'est dans ces conditions que le musc, associé à l'opium, est administré; bientôt nous voyons le système vasculaire se relever de l'espèce de torpeur dans laquelle il se trouvait plongé, et l'équilibre fonctionnel se rétablit promptement. Ici, comme toujours, notre médication spéciale n'a pas agi sur la pneumonie elle-même, elle a seulement replacé l'organisme dans des conditions de vitalité plus en rapport avec la nature de la maladie, et par conséquent plus propres à favoriser l'action du traitement dynamique que nous avons ensuite opposé à la phlegmasie pulmonaire.

Obs. III.—Cunin, cultivateur, âgé de vingt-neuf ans, d'une constitution robuste, adonné depuis quelque temps à l'usage des liqueurs fortes, se trouvant dans un état d'ivresse, passe la plus grande partie de la nuit exposé à l'action du froid; en rentrant chez lui le matin, il est pris d'un frisson qui se prolonge pendant plusieurs heures; puis une douleur aiguë se déclare dans le côté droit, elle est accompagnée d'oppression et d'un redoublement de toux (le malade était enrhumé depuis plusieurs jours). Le lendemain, les mêmes symptômes persistent, et il s'y joint une diarrhée avec coliques, ce qui n'empêche pas le malade de prendre des aliments et de boire, pour se réchauffer, environ un litre de vin chaud.

Ce n'est que dans la nuit du troisième jour, le 24 décembre 1846, que je fus appelé près de lui. Je ne fus pas peu surpris, en arrivant au milieu de la nuit, de le trouver debout, et de le voir venir, à peine vêtu, me recevoir à la porte de sa remise, quoique la température fût d'environ 6° Réaumur.

Je l'engageai à rentrer bien vite dans sa chambre où je le suivis et où régnait une chaleur étouffante, suivant l'usage de nos cam-

pagnes. Je l'interrogeai alors, et il me raconta lui-même avec assez de précision les circonstances que je viens de résumer, ajoutant qu'il ne pouvait rester au lit parce qu'il y brûlait, tandis qu'il se trouvait bien plus à l'aise près de son fourneau. C'était un énorme poêle en fonte, dont il m'était impossible de m'approcher à la distance d'un mètre, tant il s'en échappait de calorique.

Je ne tardai pas à reconnaître que les réponses de mon malade avaient quelque chose d'incohérent, et, en l'examinant de plus près, je remarquai que l'expression de la physionomie était tout autre que celle qui lui était habituelle. Ses membres étaient agités d'un tremblement involontaire, auquel participaient les muscles de la langue lorsqu'il essayait de la sortir de la bouche.

L'examen de la poitrine me donna les résultats suivants : matité bien prononcée de la partie supérieure du côté droit, s'étendant à environ quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule, s'affaiblissant progressivement et disparaissant un peu au-dessus du mamelon. Souffle bronchique et bronchophonie dans le même point, râle crépitant sur la limite inférieure et dans l'aisselle. En arrière, obscurité du son au-dessus et au-dessous de l'épine de l'omoplate, râle fin dans la fosse sous-épineuse. Il existait, en outre, un râle à grosses bulles et de la sibilance à la base du poumon droit, et disséminés dans tout le côté gauche, L'oppression était médiocre, la toux assez rare, l'expectoration nulle ou insignifiante. Le point de côté avait à peu près complétement disparu, ou ne se faisait plus sentir que dans les profondes inspirations ou pendant la toux.

La face était pâle, couverte d'une sueur froide ; le pouls, très-petit et dépressible, battait cent vingt-quatre pulsations; la langue était lisse et assez sèche ; l'abdomen médiocrement sensible. Le malade eut deux évacuations alvines, liquides et noirâtres, pendant ma visite, qui dura environ trois quarts d'heure.

J'avais évidemment affaire à une pneumonie du sommet, survenue pendant le cours d'un catarrhe bronchique et compliquée d'une colite aiguë; mais ce qui fixa le plus vivement mon attention, c'est le défaut de réaction vasculaire, ou plutôt l'espèce de contraste qui existait entre les phénomènes morbides locaux et l'état général, chez un homme jeune et d'une aussi robuste constitution. Était-ce la phlegmasie catarrhale de la muqueuse intestinale qui mettait obstacle à la manifestation franche de celle du parenchyme pulmonaire ? Cela était assez probable; mais, quoi qu'il en fût, je ne pouvais songer à attaquer de front

cette dernière affection par une médication antiphlogistique que le malade n'aurait pas supportée : l'état général me paraissait contre-indiquer formellement toute espèce d'évacuation sanguine. Je dus chercher d'abord à provoquer la réaction du système circulatoire, et solliciter en même temps l'exhalation cutanée. Je prescrivis en conséquence des frictions réitérées, une infusion chaude de tilleul gommée, et 12 décigrammes de poudre de Dower en quatre prises à trois heures d'intervalle.

Le lendemain, on me manda que le malade avait transpiré, que son visage s'était coloré, qu'il paraissait fort échauffé et qu'il se plaignait de nouveau de son point. Jugeant alors la réaction suffisamment établie, je prescrivis une saignée du bras, en attendant que je pusse me rendre près du malade qui habitait un village, distant d'environ quatorze kilomètres de mon domicile.

Ce n'est que le lendemain matin que je le vis. La saignée n'avait point été pratiquée, et C. s'était levé et échappé de sa demeure, sous prétexte d'aller à la recherche d'un cheval qu'il s'imaginait être perdu. Il avait ainsi parcouru plusieurs hameaux ou fermes, et n'avait été ramené chez lui que dans la soirée. Il me parla lui-même de son excursion, affirmant que c'était son frère qui était venu l'appeler, et ajouta qu'il était entré dans un cabaret où il avait mangé du fromage et bu du vin. Son visage était pâle et défait, son pouls petit et extrêmement fréquent, ses mains froides et tremblantes : l'oppression était considérable. Il expectora en ma présence, après de grands efforts, un crachat visqueux fortement rouillé.

Les signes fournis par l'auscultation et la percussion de la poitrine étaient à peu près les mêmes que l'avant-veille.

Je prescrivis une potion avec musc 0,30, et sirop d'opium 30 grammes, une infusion pectorale et l'application d'un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine. Je recommandai de garder le malade à vue, et de lui ôter ses vêtements. Je m'efforçai, en outre, de lui faire comprendre la gravité de sa position, lui déclarant qu'il y allait de sa vie dans l'exécution des prescriptions qui lui étaient faites.

Le lendemain, on me fit dire que le malade était beaucoup plus calme, qu'il n'avait quitté son lit que pour aller s'asseoir un instant près du poêle, et qu'il suivait son traitement avec exactitude. Cependant il délirait toujours. Je fis renouveler la potion musquée, avec addition de 0,05 d'extrait gommeux d'opium.

Le 30 janvier, l'état ataxique a complétement disparu. Le malade a dormi, et se trouve tout à fait calme : il ne se souvient pas de tout ce qu'il a fait depuis trois ou quatre jours. Sa

peau, chaude et halitueuse, exhale une odeur de musc bien prononcée : il en est de même des urines qui sont rares et foncées en couleur.

Le pouls est assez développé, mais mou et toujours dépressible. On commence à percevoir un peu de râle humide au-dessous de la clavicule ; l'expectoration est visqueuse, difficile, fortement rouillée. Langue humide et brunâtre ; ventre souple, peu sensible, plat : une évacuation demi-liquide. (Prescription : *vésicatoire volant, poudre de scille, kermès et opium ; infusion des espèces pectorales du Codex pour tisane, et deux bouillons.*)

Les jours suivants, l'amélioration fait des progrès rapides, l'expectoration devient plus facile, et les crachats prennent peu à peu l'apparence de ceux d'un simple catarrhe. Dans les premiers jours de janvier, C. ne conservait plus de sa maladie qu'un peu de toux, avec crachats muqueux et un peu de faiblesse.

Quoique la marche de cette affection et l'étrange physionomie qu'elle a revêtue s'éloignent un peu des précédentes, je n'ai pas hésité à considérer comme *phénomènes ataxiques* le délire et les désordres nerveux et circulatoires qui l'accompagnaient, et à leur opposer les musc associé à l'opium. Ici encore la médication a eu un plein succès, puisque sous son influence l'état général a subi une prompte et heureuse modification.

En résumé, je suis convaincu que, dans certaines circonstances, le musc, associé à l'opium, constitue un médicament appelé à rendre de véritables services à la pratique, et dont l'usage est encore trop peu répandu.

Nonobstant le prix élevé du musc, on doit peut-être attribuer l'espèce d'abandon dans lequel il est resté à la diversité d'opinions des auteurs de matière médicale sur l'efficacité de ce médicament, qui, vanté outre mesure par les uns, est considéré par d'autres comme infidèle ou même inerte. Les cliniciens eux-mêmes ne sont guère plus d'accord sur la valeur thérapeutique du musc, et, pour ne parler que de son emploi dans la pneumonie ataxique, on sait que des praticiens haut placés ont opposé des faits négatifs aux exemples de succès publiés par des observateurs tout aussi dignes de confiance, dans le but d'établir l'efficacité de ce médicament. Mais, en présence de ces assertions contradictoires, on est en droit de se demander si la question a été jugée et résolue avec des éléments comparables, c'est-à-dire si, de part et d'autre, le médicament a été expérimenté dans les mêmes circonstances pathologiques. Rien n'est facile comme de s'entendre sur le diagnostic d'une pneumonie, si l'on veut s'en tenir aux données fournies sur l'état matériel du poumon par l'ausculta-

tion et la percussion de la poitrine ; tous les observateurs seront d'accord sur ce point, pourvu qu'ils aient les sens suffisamment exercés. Mais s'il s'agit d'établir et de spécifier la nature de la lésion vitale, les praticiens, même les plus éclairés, pourront bien diverger dans leur opinion, si leur croyance et les doctrines dans lesquelles ils ont foi les portent à envisager les choses d'un point de vue différent. Il se peut donc qu'un observateur croie pouvoir qualifier de pneumonie ataxique un état pathologique, dans lequel un autre ne verra qu'une simple phlegmasie du poumon réagissant sur les centres nerveux.

Si, par exemple, on veut considérer comme ataxiques toutes les pneumonies accompagnées de délire ou d'exaltation du système nerveux, on doit s'attendre d'avance à trouver le plus souvent le musc impuissant à les guérir, et l'on ne sera par en droit de rejeter sur le compte de la médication des insuccès qui ne seront dus qu'à un défaut de précision dans l'indication thérapeutique. Le point essentiel est de bien saisir cette indication, car c'est surtout ici que l'efficacité du remède dépend de son opportunité. Il est probable que la réputation du musc serait moins équivoque, s'il n'avait jamais été administré que dans des cas où son usage était réellement indiqué. N'oublions pas surtout qu'il ne peut jamais être appelé à remplacer la lancette, le nitre ou le tartre stibié ; car il n'est applicable qu'aux circonstances graves et difficiles où ces puissants moyens nous font défaut.

---

16. *De l'utilité des boissons simplement émollientes dans le traitement de la colique saturnine*; par M. Martin-Solon, médecin de l'Hôtel-Dieu.

(Bulletin général de Thérapeutique, mai 1848.)

La colique saturnine n'est point seulement la maladie des ouvriers cérusiers, de ceux qui préparent le minium, des peintres et d'autres artisans; on l'observe sur des sujets qui font usage de l'acétate de plomb à l'intérieur, ou qui s'en servent en application sur des surfaces étendues. Cette dernière circonstance a surtout été notée lorsque les parties se trouvaient dépourvues d'épiderme. Enfin, il n'est pas rare de voir la maladie se développer à la suite de l'usage du vin recueilli sur le comptoir en plomb des cabaretiers, et que certains de ceux-ci n'hésitent point à livrer au commerce. Dans tous ces cas, que l'absorption ait lieu par la peau ou par la membrane muqueuse, les accidents se manifestent presque constamment de la même manière. Les effets de l'intoxication suivent toujours la même marche. Le système nerveux de la vie organique semble le pre-

mier intéressé ; la sécrétion bilieuse se modifie, l'exhalation de la membrane muqueuse intestinale diminue, les contractions de la tunique musculeuse se pervertissent; la colique de plomb, forme ordinairement primitive et la plus fréquente des accidents saturnins, se déclare. Bientôt l'hématose s'altère, le teint devient plombé, l'intoxication devient évidente par le liséré violâtre des gencives qui augmente de plus en plus ; le système nerveux de la vie de relation ne tarde pas à être atteint : les crampes de l'arthralgie se font sentir, les paralysies et l'anesthésie surviennent ; enfin, plus tard, les désordres s'étendent au cerveau ; le délire et l'épilepsie, affections comprises dans l'*encéphalopathie* de M. Tanquel-Desplanches, annoncent ou la congestion sanguine ou l'hypertrophie de l'organe, qui terminent le plus souvent la vie des malheureux soumis à cette série successive de graves accidents. Heureusement, le plus grand nombre réclament les secours de la médecine, dès l'invasion de la colique saturnine, et préviennent ainsi les suites funestes de l'intoxication.

Des méthodes bien différentes ont été mises en usage pour dissiper les accidents saturnins. La douleur, bien qu'elle ne soit point évidemment de nature inflammatoire, a été combattue par les antiphlogistiques. Tronchin, Gaubius, Dehaen, Tissot, M. Renauldin, les ont également mis en usage. L'opium, plus indiqué contre les souffrances de la colique saturnine, est encore souvent prescrit avec avantage, d'après Stoll et Desbois de Dochefort. Les meilleures préparations sont le laudanum de Sydenham, l'extrait thébaïque, privé de narcotine, et les sels de morphine. M. Bouvier a employé l'éthérisation, et en a obtenu de bons effets.

Abandonnant la médecine du symptôme, MM. Rayer et Chevalier ont cherché à détruire la cause toxique et prescrit l'eau d'Enghien et les hydrosulfates. Les résultats n'ont point offert d'avantages réels ; l'acide sulfurique, donné par M. Gendrin, à la dose de quatre à six grammes par litre d'eau édulcorée, compte bon nombre de guérisons ; mais la méthode ne s'est point propagée, sans doute à cause de la saveur souvent désagréable du médicament. L'alun, rappelé par M. Kapeler, s'administre, à la dose de quatre grammes, dans un julep gommeux, que l'on donne par cuillerée d'heure en heure ; mais il n'a de résultats bien satisfaisants, seulement lorsqu'on lui associe quelques purgatifs, le sirop de nerprun ou d'autres, choisis parmi ceux du traitement de la Charité.

Ce traitement empirique, composé de purgatifs sous diverses

formes de tisane sudorifique, de thériaque, etc., est un de ceux qui ont eu le plus de vogue. On l'a cependant abandonné, ou mieux, on l'a simplifié en employant les purgatifs énergiques, l'eau de Sedlitz, l'huile de croton tiglium, etc., seuls ou unis à l'opium; en ayant soin toutefois de débarrasser la peau, à l'aide de bains alternativement sulfureux et savonneux, des couches de plomb qui la recouvrent. En rétablissant les garde-robes, ce traitement n'aurait-il pas aussi l'avantage d'éliminer au dehors les principes saturnins retenus dans l'économie? C'est ce que nous croyons. Mais, on le sait, les purgatifs fatiguent souvent les malades, occasionnent quelquefois des vomissements érugineux et pénibles, qui obligent de suspendre le traitement. La présence du plomb dans l'urine des ouvriers saturnins nous a fait penser que l'on pourrait peut-être prendre le système rénal pour voie d'élimination, et que les boissons abondantes, agissant comme diurétiques, seraient peut-être tout aussi utiles aux malades que les purgatifs, et ne les fatigueraient pas. C'est dans ce but que nous avons soumis, à l'hôpital Beaujon, pendant les mois de juin et juillet 1840, plusieurs sujets atteints de colique saturnine au traitement suivant :

Au nombre de 22, ces malades étaient tous dans la force de l'âge, d'une constitution moyenne ou vigoureuse, avaient les conjonctives, le visage, et, en général, la peau d'une couleur ictérique, particulière aux ouvriers saturnins ; tous, un seul excepté, avaient aux gencives un liséré bleuâtre très-distinct, signe reconnu d'une intoxication prononcée; tous étaient atteints de colique saturnine parfaitement caractérisée : ventre rétracté, douleurs spontanées vives, soulagées par la pression directe; constipation, etc; tous avaient le pouls plus ou moins rare; celui du malade dont les gencives n'offraient point le liséré donnait 44 battements le jour de son arrivée, et 72 lorsqu'il sortit. Ce malade et onze autres, douze en tout, étaient affectés d'une colique saturnine, d'une moyenne intensité, compliquée d'arthralgie des genoux, de sternalgie; quelques-uns même de vertiges épileptiformes. Dix autres avaient une colique d'une intensité moindre et sans complication.

Ces vingt-deux malades exerçaient habituellement les professions de maçons ou de terrassiers; huit d'entre eux avaient déjà travaillé au plomb, et en avaient antérieurement éprouvé les fâcheux effets; cinq sortaient de fabriques de minium ; seize de fabriques de blanc de céruse; un était peintre en voitures. Il nous a semblé que, parmi eux, les plus gravement affectés et les plus promptement atteints par la cause toxique, étaient ceux qui

restaient le plus longtemps dans l'atmosphère pulvérulente saturnine, et qui négligaient de se nettoyer la bouche et les mains par des lotions assez fréquentes.

La colique saturnine faible, ou moyenne, s'est développée du neuvième jour au sixième mois de l'entrée des ouvriers à la fabrique. Ils sont, en général, venus à l'hôpital du deuxième au sixième jour de l'invasion de leur maladie, et presque tous avant d'avoir fait de traitement.

Nous avons prescrit à tous ces malades deux ou trois pots d'infusion légère de racine de guimauve, blanchie ou non, selon leur goût, de quelques cuillerées de lait, pour en rendre la saveur plus agréable. Ceux, en petit nombre, qui n'ont pas voulu continuer cette boisson, l'ont remplacée par la décoction de chiendent ou la limonade. Tous prenaient trois lavements émollients chaque jour, et appliquaient sur leur ventre des cataplasmes de farine de lin, pendant l'exacerbation de leurs douleurs abdominales. Tous ont été soumis, à leur entrée, à l'usage de bains sulfureux ; puis, nettoyaient leur peau du sulfure de plomb formé, à l'aide de bains alcalins et de fortes frictions. Quelques-uns, dont les gencives étaient ramollies, saignantes, sales et fétides, employaient un gargarisme aiguisé d'acide chlorhydrique ; ceux qui avaient de l'arthralgie faisaient des embrocations d'huile de stramoine.

Sous l'influence de ce traitement, l'urine a augmenté de quantité ; la peau s'est nettoyée et a repris ses fonctions ; les garde-robes se sont rétablies, et la maladie a été amendée du deuxième au troisième jour, lorsque la colique était faible, et du troisième au cinquième, lorsqu'elle était plus intense. Tous les malades ont été guéris du sixième au quatorzième jour, en comprenant cinq d'entre eux qui eurent des recrudescences, soit parce qu'ils avaient négligé leur traitement, soit parce qu'ils avaient fait des imprudences. (*Bull. de l'Académie de médecine*, tome XII, page 597.)

En rapportant les faits que nous venons de citer, nous avons voulu montrer les avantages de l'emploi des boissons abondantes et des lavements émollients dans la cure de la colique saturnine. Prise comme traitement adjuvant et principal, cette médication, en dirigeant vers l'émonctoire rénal la cause toxique de la maladie, imite la marche de la nature, qui choisit également cette voie pour l'élimination du cuivre, du plomb, de l'arsenic, de l'antimoine et de divers autres poisons. Il en est de même de beaucoup de médicaments, qui, ne pouvant s'assimiler aux organes, s'éliminent de l'économie, après l'avoir modifiée par un contact plus ou moins prolongé, et se retrouvent en entier dans

l'urine. L'iodure de potassium, le nitrate de potasse, le sulfate de quinine peuvent être cités parmi ceux que l'on y découvre le plus facilement.

Bien que ces boissons adoucissantes et diurétiques puissent suffire dans le traitement de la colique de plomb, nous préférons employer concurremment quelques purgatifs, tels que l'eau de Sedlitz, l'huile de ricin, l'huile d'épurge ou l'huile de croton tiglium. On a, de cette manière, deux voies d'élimination, et l'on active d'autant la guérison, en détruisant directement l'impression causée par le plomb sur le canal intestinal. Quoique complétement guérie, on voit souvent subsister, après la colique de plomb, la modification du sang annoncée par l'ictère saturnin, que l'on appelle avec plus de justesse anémie ou cachexie saturnine. Un bon régime, l'air pur et les préparations ferrugineuses font aisément cesser cet état morbide, et rendent bientôt à l'économie son énergie primitive.

---

17. *De l'emploi de la digitaline, de ses effets physiologiques et de ses avantages thérapeutiques* ; par le docteur E. Hervieux, ancien interne lauréat des hôpitaux.

(Suite : *voir* t. IV, avril 1848, p. 73.)

(Archives générales de Médecine, juin 1848.)

Effets physiologiques. — Si on a pris la peine de jeter un coup d'œil sur les faits relatés précédemment, on a pu s'assurer qu'à la dose de 1, de 2, et même de 3 milligr., c'est-à-dire à la dose qu'a généralement employée M. Rayer, les malades n'ont éprouvé aucun dégoût, manifesté aucune répugnance, qu'ils n'ont en un mot ressenti, soit pendant, soit après l'ingestion du médicament, rien qui excitât en eux une apparence de répulsion et les portât une seule fois à nous demander qu'on suspendît l'emploi du remède. Ce fait nous semble capital, non-seulement parce qu'il démontre l'innocuité parfaite de la digitaline à la dose de 2 ou 3 milligrammes, mais encore parce qu'il renverse l'objection de ceux qui voudraient arguer de l'amertume de ce principe pour contester ses avantages et sa supériorité sur les autres préparations de digitale. Ainsi, soit avec le sirop, soit avec les pilules, aucune sensation de dégoût pendant l'ingestion, pas d'amertume à la bouche, pas de nausées, pas de contractions spasmodiques du diaphragme ; après l'ingestion, même innocuité, soit qu'on observe ce qui se passe au bout de quelques minutes, soit que l'examen ait lieu au bout de quelques heures seulement. Dans les deux cas, les malades ne se sont plaints d'aucun malaise, n'ont eu ni nausées ni vomissements, n'ont point éprouvé de borbo-

rygmes, de coliques, de relâchement intestinal, et enfin, on peut affirmer d'une manière générale que le système nerveux n'a pas été impressionné d'une manière fâcheuse. Nous n'avons eu à noter ni vertiges, ni étourdissements, ni céphalalgie; ou du moins, si nous avons rencontré une ou deux fois quelqu'un de ces derniers accidents, leur préexistence à l'emploi de la digitaline ne nous a pas permis de les rapporter à l'influence de ce médicament. D'ailleurs, mettons les choses au pis, et supposons que la digitaline, à la dose de 2 ou 3 milligrammes, ne soit pas aussi inoffensive que nos observations l'établissent; admettons que, chez quelques individus à fibre impressionnable, extraordinairement susceptibles, quelqu'un de ces inconvénients vînt à se produire, il n'y aurait pas encore là matière à procès, et la digitaline resterait toujours un de nos médicaments les plus précieux, une des armes les plus puissantes qui composent l'arsenal de nos moyens thérapeutiques. On ne pourrait pas plus proscrire la digitaline pour les légers troubles que son ingestion déterminerait dans l'économie, qu'on ne proscrit le tartre stibié, qui fait bien d'autres ravages, qu'on ne rejette le sulfate de quinine pour l'ébriété passagère et les autres accidents nerveux que son administration entraîne.

Chez tous nos malades, le pouls a subi une modification sensible. Il n'est pas un seul d'entre eux, chez lequel nous n'ayons observé un ralentissement plus ou moins marqué de la circulation. On pourra juger du degré de ce ralentissement chez tous nos sujets par le tableau suivant, dans lequel nous avons mis en regard le chiffre des pulsations observé avant l'ingestion de la digitaline et le minimum des pulsations noté dans le cours du traitement par la digitaline; j'appellerai, pour plus de simplicité, le premier pouls normal, et le second pouls digitalin, qu'on me passe l'expression.

	Pouls normal.	Pouls digitalin.	Différence.
1er sujet.	96	72	24
2e	84	56	28
3e	84	66	18
4e	90	76	14
5e	92	60	32
6e	104	76	28
7e	96	48	48
8e	96	76	20
9e	96	64	32
10e	120	84	36
11e	76	54	22
12e	96	84	12

On ne peut méconnaître, en parcourant ce tableau, l'action vraiment remarquable de la digitaline, en tant qu'agent modé-

rateur de la circulation. Nous devons à la vérité de dire qu'ici nous avons noté le minimum d'abaissement, et que conséquemment la moyenne se trouvait toujours plus élevée. Mais ce minimum n'en était pas moins une conséquence de l'action de la digitaline, et n'est pas moins digne pour cela de fixer l'attention des praticiens. Il résulte d'ailleurs de l'exposé que je viens de présenter : 1° que, dans tous les cas, la digitaline a produit un abaissement marqué du pouls; 2° que le chiffre moyen de cet abaissement oscillait entre 22 et 36 ; que le maximum a été de 48, et le minimum de 12 ; en d'autres termes, que la moyenne d'abaissement a varié entre 1/4 et 1/3 , que le maximum a été de 1/2, et le minimum de 1/8.

Certes, il n'est pas possible d'en demander plus à un médicament prescrit à dose aussi minime, quand cette dose surtout vient d'être reconnue complétement ou à peu près complétement inoffensive.

Maintenant, au bout de combien de temps se produisent ces effets sur la circulation, vers quelle époque du traitement étaient-ils le plus marqués, quelles étaient les qualités du pouls ainsi abaissé ? C'est ce que nous allons examiner.

Examiné quelques minutes après l'ingestion des pilules, le pouls n'a généralement présenté aucune modification appréciable. Il ne nous a jamais fallu moins de deux ou plusieurs heures pour apercevoir une différence entre le nombre des pulsations, compté avant la prise et le nombre des pulsations, observé après. Une circonstance digne de remarque, et sur laquelle nos expériments se trouvent être d'accord avec ceux de M. Bouchardat, c'est que l'époque du plus grand abattement du pouls avait généralement lieu quelques heures après l'administration du médicament, en général cinq ou six heures. Mais ce fait, qui est vrai d'une manière relative, cesse de l'être quand on le considère d'une manière absolue ; je m'explique : dans les 24 heures qui suivaient l'ingestion des pilules, le pouls subissait une dépression notable. Nous venons de dire que le maximum de cette dépression avait lieu environ cinq ou six heures après ; si, par exemple, les pilules avaient été données à midi, j'observais à la visite du soir, c'est-à-dire vers cinq heures, un abaissement très-prononcé ; mais le lendemain matin, je trouvais le pouls relevé, et un nombre de pulsations plus grand que la veille au soir, bien qu'inférieur encore à celui noté la veille au matin. Considéré relativement à toute la durée du traitement, le pouls ne présentait son maximum d'abaissement qu'au bout d'un septénaire environ, quelquefois même de deux. Ce maximum est donc, à proprement parler, un

maximum absolu, et celui qu'on observe chaque jour, cinq ou six heures après l'administration du médicament, un maximum relatif.

Les qualités du pouls dans cet état d'abaissement sont extrêmement variables. Habituellement petit dans la majorité des cas où nous l'avons étudié, il acquérait, tout en conservant sa petitesse, de la résistance, quelque dureté; plus rarement il a repris sa souplesse et son ampleur normales. Mais un phénomène beaucoup plus digne de notre attention, c'est l'action de la digitaline sur l'irrégularité du pouls, soit que le médicament ingéré détermine cette irrégularité, soit qu'il la modifie ou la détruise; car ces trois cas se sont présentés. Ainsi il est arrivé, et c'est un fait qui confirme les expériences de MM. Bouchardat et Sandras sur les animaux, et celles de MM. Homelle et Quévenne sur eux-mêmes, il est arrivé, dis-je, chez un de nos malades, que l'irrégularité du pouls s'est manifestée sous l'influence de la digitaline; chez deux autres, au contraire, l'irrégularité et l'intermittence ont disparu pour faire place à un pouls parfaitement réglé à intervalles parfaitement égaux. Dans deux autres cas, enfin, un type irrégulièrement intermittent a été transformé en un type régulièrement intermittent, c'est-à-dire que si, avant l'ingestion des pilules, il y avait entre deux intermittences tantôt 6, tantôt 8, tantôt 15 pulsations, après l'ingestion, deux intermittences étaient séparées par un nombre de pulsations constamment le même. En somme, il m'a paru que la digitaline, au moins à la dose très-minime qu'on employait, au lieu d'altérer les qualités du pouls, les améliorait, qu'en diminuant sa fréquence, elle régularisait ses allures, et tendait plutôt à le rapprocher qu'à l'éloigner du type normal.

La sécrétion urinaire ne nous a pas offert des phénomènes moins dignes d'intérêt que les fonctions circulatoires. Sur les urines, comme sur le pouls, la digitaline a agi d'une manière constante. Dans quelques cas, il est vrai, cette action a été peu marquée, presque contestable, mais si faible qu'elle fût, elle dénotait l'influence du principe actif de la digitaline sur les fonctions rénales, et ces observations qui, isolées, eussent été dénuées d'importance, acquéraient une certaine valeur, rapprochées de celles où les effets diurétiques du médicament étaient plus frappants.

Il y a deux circonstances distinctes auxquelles on reconnaît la suractivité des fonctions rénales : 1° un excès dans la quantité du liquide évacué; 2° une augmentation dans le nombre des évacuations urinaires. Nous avons constaté, chez la plupart de nos

malades, d'une manière plus ou moins évidente, l'apparition de ces deux circonstances ; mais, il faut l'avouer, nos observations à cet égard sont loin d'avoir la précision presque mathématique qu'a pu nous offrir l'exploration du pouls. Ainsi pour le nombre des mictions, il fallait nous en rapporter aux souvenirs des malades, si rarement, si malaisément fidèles. Pour parer à cet inconvénient nous appelions de toutes nos forces l'attention du sujet sur cette circonstance; mais quelque chose nous a servi beaucoup mieux que nos recommandations les plus pressantes, c'est l'étonnement, par suite l'attention spontanée qu'excitait chez les malades une exagération insolite dans le nombre des émissions urinaires; c'est aussi la conviction intime qu'ils avaient que la manifestation de ce phénomène était susceptible de hâter leur guérison. Grâce à l'espèce de garantie que nous donnaient la spontanéité de leurs remarques, et l'importance qu'ils attachaient à la suractivité des fonctions rénales, nous pouvons donner comme offrant un certain degré de certitude le tableau suivant. Ici, comme pour le pouls, nous avons mis en regard du chiffre normal des évacuations urinaires le maximum d'évacuations obtenu sous l'influence du traitement par la digitaline. Remarquons du reste que si, dans deux ou trois cas, ce maximum s'éloigne beaucoup de la moyenne, dans la plupart des autres, il s'en rapproche au point de se confondre avec elle. La différence entre le chiffre normal et le maximum exprimera donc à peu près exactement la quantité dont s'accroissent d'ordinaire le nombre des mictions.

	Chiffre normal.	Chiffre obtenu par la digitale.	Différence.
1er sujet.	3	6	3
2e	4	15	11
3e	2	4	2
4e	3	5	2
5e	3	4	1
6e	3	6	3
7e	4	8	4
8e	3	8	5
9e	4	6	2
10e	4	8	4
11e	4	20	16
12e	4	12	8

Il résulte de cet exposé que sous l'influence d'un traitement prolongé par la digitaline, à la dose de 2 à 3 milligram. chaque jour,

1° le chiffre des évacuations urinaires est, dans la très-grande majorité des cas, augmenté de moitié ;

2° que plus rarement il s'est accru de 1/3, 1/4, ou de 1/5 ;

3° qu'il a pu, mais beaucoup plus rarement encore, être quadruplé et même quintuplé ;

4° qu'en somme, il a toujours existé entre le chiffre normal et le chiffre obtenu par la digitaline une différence qui s'est trouvée être constamment à l'avantage de ce dernier.

Indépendamment de cette exagération dans le nombre des évacuations urinaires, il a existé, on se le rappelle, chez quelques-uns de nos malades, des envies d'uriner fréquentes, non suivies d'évacuation de liquide. Cette circonstance, jointe aux résultats que nous venons de signaler, démontre, ce nous semble, d'une manière déjà suffisante, l'action diurétique de la digitaline. Une nouvelle preuve de cette action, et en apparence plus concluante, se trouve dans la quantité du liquide expulsé. Ici, malheureusement, nous ne pouvons donner de chiffres comme pour le nombre des émissions urinaires. Chez deux malades seulement, nous avons pu constater *de visu* que la quantité des urines évacuées s'était élevée jusqu'à 3 ou 4 litres. Nous n'avions pas pris, pour les autres sujets, la précaution de placer auprès d'eux, comme pour les deux précédents, un vase d'une capacité assez considérable pour recevoir la somme entière du liquide rejeté dans les vingt-quatre heures, et nous avons dû nous contenter de l'assertion, tantôt des malades eux-mêmes, tantôt des personnes de service qui assuraient avoir eu à débarrasser un plus ou moins grand nombre de fois de son contenu le récipient ordinaire. En général, la surabondance des urines coïncidait avec l'exagération du chiffre des mictions ; toutefois, nous devons faire remarquer qu'il s'est rencontré plusieurs cas dans lesquels, le chiffre des émissions urinaires s'étant élevé d'une manière notable, la quantité des urines expulsées restait sensiblement la même. Serait-on pour cela autorisé à contester, dans ces cas, l'action diurétique de la digitaline ? nous ne le pensons pas. D'abord tous ceux qui ont tenté d'apprécier la quantité des urines rejetées connaissent les difficultés que présente une telle appréciation ; ils savent combien cette quantité est variable chez le même sujet, soumis aux mêmes influences avec un train de vie et les habitudes les plus régulièrement identiques. Nous sommes forcé, en ce point de thérapeutique comme en beaucoup d'autres, de nous contenter d'une approximation grossière et de nous prononcer sur la réalité de la diurèse, alors seulement que la quantité des urines évacuées dépasse de beaucoup les limites, entre lesquelles oscille la quantité normale. On voit donc que la mensuration serait loin de fournir des résultats d'une rigueur mathématique, en ce qui concerne l'abondance des urines rejetées, et qu'il y aurait peut-être encore plus de fonds à

faire sur le chiffre des émissions urinaires; l'exagération de ce chiffre, alors même que la surabondance des urines n'est pas manifeste, prouve au moins une certaine excitation des organes chargés de cette fonction, un effort de la nature pour l'activer, l'évacuation d'un réservoir quelconque appelant de nouvelles quantités de liquide, déterminant toujours une suractivité des organes sécréteurs.

Nous venons de voir confirmées par l'observation les propriétés physiologiques les plus essentielles de la digitaline, savoir, son action sur l'organe central de la circulation et son action sur l'appareil urinaire. N'ayant pas porté les doses du médicament au delà des limites que nous avons indiquées, nous n'avons pas eu occasion d'étudier les effets sur le système nerveux et l'appareil digestif, effets qui ne se produisent d'ordinaire que quand l'intolérance survient.

L'un des auteurs de la découverte de la digitaline, MM. Homelle et Quévenne, n'a pu dépasser la dose de 4 à 6 milligr. dans les vingt-quatre heures sans voir apparaître ces phénomènes de l'intolérance. C'étaient d'abord des nausées, des borborygmes, des vomituritions, puis des vomissements opiniâtres et la diarrhée, qui persistaient après qu'on avait cessé l'administration de la digitaline. Du côté des centres nerveux, ces auteurs ont observé de la céphalalgie, des éblouissements, de la faiblesse musculaire, suivis bientôt de prostration générale, de bâillements, de frissons et quelquefois une chaleur incommode des pieds et des mains.

MM. Bouchardat et Sandras, ayant administré la digitaline à la dose de 5 milligram. à un certain nombre de malades, ont observé chez plusieurs d'entre eux, outre les effets physiologiques ordinaires, quelques-uns des accidents que nous venons de mentionner.

Ils ont noté, au début des effets toxiques de la digitaline, des troubles de la tête, des rêves fatigants, des hallucinations. Ces phénomènes étaient bientôt suivis de diarrhée ou de vomissements bilieux plus ou moins répétés, et dans quelques cas, bien qu'on eût complétement suspendu l'usage du médicament, ces vomissements ont duré jusqu'à deux et trois jours. En même temps l'appétit avait disparu, et il fallait un assez long repos pour rétablir les fonctions digestives. Les effets toxiques de la digitaline ne se produisaient pas en général de prime abord; pendant les deux ou trois premiers jours, il semblait qu'on n'eût rien fait prendre d'insolite au malade; mais brusquement et sans que rien l'annonçât, les effets de la substance ingérée commencaient à se manifester,

Indépendamment de ces recherches cliniques, MM. Bouchardat et Sandras ont fait encore un certain nombre d'expériences sur les animaux. 10 centigrammes de digitaline pure, injectés dans la veine jugulaire externe d'un chien, ont causé la mort dans l'espace d'une minute et demie. 5 centigrammes de la même substance, injectés de la même manière, ont tué un autre chien en trois minutes. Enfin 1 centigramme de digitaline, introduit dans les veines par le même procédé, a entraîné la mort de l'animal au bout de quatre heures et demie. Suffisamment édifiés par ces expériences sur les propriétés toxiques de la digitaline, MM. Bouchardat et Sandras ont voulu connaître ses effets sur l'estomac. Pour cela, ils ont injecté dans l'estomac d'un chien, par l'œsophage ouvert, 5 centigrammes de cette substance dissous dans très-peu d'alcool et environ 60 grammes d'eau distillée. La mort est survenue au bout de trois heures, et l'autopsie a démontré l'inflammation de la muqueuse stomacale et la transformation de la muqueuse de l'intestin grêle en une bouillie mucilagineuse et rougeâtre. En même temps la vessie était pleine, et le cœur distendu par de gros caillots sanguins.

Ces expériments ne peuvent laisser le moindre doute sur l'activité de la digitaline en tant que substance toxique ; mais ils démontrent surtout la nécessité d'apporter la prudence la plus grande dans son administration, ou d'en surveiller attentivement l'emploi. S'il est digne de remarque d'une part qu'avec une dose de 2 à 3 milligrammes, nous n'ayons eu aucun effet toxique, malgré un abaissement sensible du pouls et une diurèse très-prononcée, il n'est pas moins intéressant d'apprendre que M. Quévenne, expérimentant sur lui-même, n'ait pu dépasser la dose de 4 à 6 milligrammes sans voir l'intolérance survenir, et que MM. Bouchardat et Sandras aient noté à 5 milligrammes, chez tous leurs malades, tous les accidents que nous avons passés en revue.

En résumant ce que nous venons de dire des effets physiologiques de la digitaline, on voit qu'à la dose de 2 ou 3 milligrammes, cette substance agit notablement :

1° Sur la circulation pour la ralentir ;

2° Sur les fonctions urinaires pour les activer. Qu'à la dose de 4 à 6 milligrammes, on peut voir apparaître des désordres plus ou moins graves du côté des centres nerveux et de l'appareil digestif.

Qu'au delà de 6 milligrammes, l'intolérance survient toujours, et que la mort pourrait s'ensuivre, si on dépassait de beau-

coup cette limite, ou si l'on prolongeait trop l'expérience.

Avantages thérapeutiques. — Nous venons de voir qu'un des résultats les plus constants de l'emploi de la digitaline était le ralentissement de la circulation. Ce n'est pas là seulement un effet physiologique, c'est encore un avantage thérapeutique. Le raisonnement l'indique et l'observation le démontre d'une manière incontestable. Développons notre pensée. C'est un principe en pathologie qu'il faut à l'organe malade la plus grande somme de repos possible. Toute médication, qui aura pour effet d'accroître cette somme de repos, satisfera donc à la loi que nous venons de rappeler : or, la digitaline, administrée dans les maladies du cœur, remplit merveilleusement cette indication. En effet, abaisser le pouls, c'est diminuer le nombre des contractions du cœur, c'est par conséquent réduire le travail dont il est chargé d'une quantité égale au nombre des pulsations dont le pouls a été abaissé ; et si ce nombre égale un cinquième, un quart, un tiers du nombre préalablement observé, c'est d'un cinquième, d'un quart, d'un tiers que le travail est diminué, ou, si l'on aime mieux, que la somme de repos est accrue. Ainsi le raisonnement donne gain de cause à la digitaline, en tant que médicament efficace, dans tous les cas où il sera nécessaire de modifier l'activité de l'organe central de la circulation. Voyons maintenant comme l'observation est favorable à ce modificateur précieux.

La digitaline a été employée chez dix de nos sujets, dans des cas de maladies du cœur simples ou compliquées. Hâtons-nous de dire que deux d'entre eux ont succombé, mais que telles étaient alors l'ancienneté des lésions et la gravité des désordres, qu'il avait été impossible de prévenir une terminaison funeste. Nous irons plus loin, et nous dirons que bien loin de conclure de ces faits à l'inefficacité de la digitaline, il faut rendre hommage à ses propriétés, qu'il nous a été permis de constater presque jusqu'au dernier moment.

C'est ainsi que, chez la malade dont il est question dans notre 6e observation, les effets de la digitaline non seulement ont été très-prononcés, mais encore se sont produits immédiatement. Ainsi, en vingt-quatre heures, le pouls est descendu de 104 à 76, et les envies d'uriner se sont fait sentir très-vives et très-fréquentes. Chez le malade qui fait l'objet de notre 12e observation, l'abaissement du pouls a été très-peu marqué, mais l'action sur les fonctions rénales a été remarquable, tant pour le nombre des émissions urinaires que pour la quantité des urines expulsées, ce qui n'a pas, il faut l'avouer, empêché une terminaison fu-

neste. Mais il n'est pas moins digne de notre intérêt de remarquer que, dans la période ultime d'une maladie aussi grave, quand les désordres sont devenus irréparables, quand toute chance de salut est perdue, la digitaline ait pu, au milieu d'une perturbation si grande de l'économie, manifester ses efforts, et, ce qui mérite surtout notre attention, qu'un mieux momentané ait suivi le ralentissement du pouls et l'excitation des fonctions rénales.

Chez nos huit autres malades, il nous semble impossible de ne pas attribuer à l'emploi de la digitaline le mieux notable qu'ils ont généralement éprouvé et la disparition des accidents, pour lesquels ils s'étaient présentés à l'hôpital. Non, sans doute, aucun d'eux n'est sorti radicalement guéri, parce qu'il n'appartient ni à la digitaline, ni à aucun médicament, quel qu'il soit, de transformer des tissus dégénérés, désorganisés, en des tissus sains et exempts d'altération. Mais c'est déjà beaucoup faire pour une maladie que d'atténuer les accidents qui résultent de ces dégénérescences, de ces désorganisations ; c'est beaucoup faire que de rendre aux fonctions, qu'un travail destructeur troublait déjà, leur régularité, la liberté de leurs allures. Ainsi la plupart de nos malades se plaignaient d'une oppression plus ou moins grande, d'une gêne considérable dans l'accomplissement des fonctions respiratoires. La digitaline, secondée probablement aussi par le repos, a exercé à cet égard l'influence la plus heureuse. Il n'est aucun de nos malades qui n'ait éprouvé bientôt une facilité plus marquée dans l'accomplissement de l'acte de la respiration. Ils pouvaient se livrer à la marche ou monter les degrés d'un escalier sans être arrêtés à chaque instant par une dyspnée invincible ; ils restaient plus volontiers dans la position horizontale, et se livraient au repos, sans craindre d'être atteints par un accès de suffocation.

Deux d'entre eux qui avaient la tête habituellement congestionnée, la face violacée et bleuâtre, sont sortis, au bout de quelques semaines, presque complétement débarrassés de cet état congestionnel des parties supérieures.

(La suite à un prochain numéro.)

ACCOUCHEMENTS. — 18. *Observations sur l'avortement partiel dans le cas de grossesse multiple*; par M. J.-L. BRACHET.

(Journal de Médecine de Lyon, mars 1848.)

Les grossesses de jumeaux ne sont pas rares. Il n'est pas d'accoucheur qui n'en ait rencontré bien des fois. Ce qu'il a vu alors, et ce que nous voyons tous les jours, c'est l'accouchement des deux enfants à la fois, c'est-à-dire à la même époque, soit qu'ils viennent à terme, soit que la matrice les expulse quelques semaines ou quelques mois auparavant. Aussi n'est-ce point sur des faits de cette nature que je me propose d'appeler un moment l'attention. Il en est un beaucoup plus rare, et qui paraît avoir été méconnu de la plupart des accoucheurs : je veux parler de l'expulsion isolée et à des distances plus ou moins éloignées des deux fœtus ou de leurs annexes. Comme plusieurs faits de ce genre se sont présentés dans ma pratique, et que j'ai vu plusieurs accoucheurs ne pas croire à leur possibilité, j'ai pensé devoir les publier, non-seulement comme simple objet de curiosité scientifique, mais surtout à cause des résultats pratiques qui en sont la conséquence.

OBS. I. — Depuis deux mois et demi environ, Mme Bulliod éprouvait tous les signes de la grossesse, suppression des règles, sensation douloureuse et volume plus considérable des seins, dégoût, etc.; lorsque, le 7 novembre 1818, elle fut, subitement et sans cause connue, prise d'une perte foudroyante, avec douleurs utérines intenses ; rien ne put arrêter cette hémorrhagie, et les douleurs se régularisèrent ; quelques heures après, elle expulsa un fœtus, qui pouvait avoir effectivement deux mois et demi. Ce ne fut que six jours après cette expulsion qu'elle rendit le placenta tout à fait bien conformé, présentant sa cavité et ses membranes ouvertes ; la perte fut arrêtée, et après quelques jours de repos, Mme B. se trouva à peu près rétablie. Quels ne furent pas son étonnement et le mien, lorsqu'au bout d'un mois elle me dit, qu'elle sentait bien distinctement les mouvements d'un enfant! J'avais peine à le croire. Cependant comme c'était une quatrième grossesse, Mme B. ne pouvait pas se tromper, les mouvements devinrent de plus en plus sensibles, et, environ six mois et demi après l'expulsion du premier fœtus, elle accoucha d'un superbe enfant.

Dans ce fait, la grossesse a donc été double, et, chose qui paraîtrait extraordinaire, si elle ne s'était pas présentée d'autres fois, il y a eu avortement partiel, c'est-à-dire que l'un des deux enfants a été expulsé pendant que l'autre est resté et a parcouru

dans l'utérus tout le temps nécessaire pour acquérir le développement complet d'un fœtus de neuf mois. On ne peut pas soupçonner qu'une seconde grossesse soit survenue après l'avortement du premier fœtus ; pendant plus d'un mois après cet avortement, il n'y a point eu de rapprochement conjugal entre Mme Bulliod et son mari, et alors le fœtus restant commençait à bouger. Cette grossesse en outre eût donné un enfant de six moix et demi au plus, et il était un des plus volumineux que j'aie jamais rencontrés. Ainsi la chose ne peut pas être douteuse, Mme B. était enceinte de deux enfants à la fois : elle a avorté de l'un, elle a conservé l'autre. C'est là le point important, le point peut-être extraordinaire ; car il paraît difficile, pour ne pas dire impossible, que le même globe utérin éprouve, pendant huit heures, toutes les secousses des contractions, sans que les deux produits se détachent en même temps. Il paraît surtout inconcevable que ce viscère charnu puisse se contracter ainsi partiellement dans le point seulement qui correspond à l'un des fœtus, sans que ces contractions ne s'étendent à tout l'organe, et ne lui fassent expulser tout ce qu'il contient. C'est là ce que dit le raisonnement physiologique, c'est là probablement aussi ce qui doit arriver le plus souvent ; mais ici nous avons quelque chose de plus puissant que tous les raisonnements, c'est le fait, et on sait combien est brutale la logique des faits ; elle est inébranlable. Pour mettre d'accord ces faits avec un raisonnement physiologique plausible, un auteur a supposé qu'il y avait alors partage de l'utérus en deux corps ou en deux espèces de cornes, comme on l'a rencontré quelquefois. La chose peut être ; mais ces doubles utérus ou utérus cornus sont si rares, qu'on peut, dans cette circonstance, les regarder comme une explication au moins hypothétique. Si, en effet, Mme B. avait eu un utérus ainsi divisé, elle aurait été sujette à des accouchements doubles : cependant il n'en a rien été ; trois grossesses simples avaient déjà eu lieu, deux ont encore eu lieu après. Au surplus, j'abandonne cette discussion sur les probabilités ; je m'en tiens au fait.

Obs. II. — Madame Volaire était enceinte pour la première fois ; elle arriva sans inconvénient à sept mois ou sept mois et demi de grossesse. Le travail de l'accouchement s'établit le 3 mars 1819. Un enfant arriva très-heureusement. De suite après, un second enfant arriva de même très-heureusement. Un double arrière-faix fut extrait avec toutes ses membranes. Tout paraissait rentrer dans l'ordre. Cependant, le globe utérin conservait un volume assez considérable, ce que j'attribuai à la plus grande difficulté qu'il avait à revenir sur lui après une distension aussi

grande, ainsi que je l'ai remarqué dans les cas de grossesse double, et dans le cas où la matrice est énormément distendue, soit par le volume, soit par la quantité des eaux. Le neuvième jour, des coliques violentes s'établirent et se régularisèrent comme dans le premier accouchement. Je crus d'abord à la présence de quelques caillots qui allaient être expulsés; mais à l'examen, je reconnus bientôt une poche amniotique et la présence d'un nouveau fœtus. Les douleurs se rapprochèrent et devinrent plus fortes; et, en moins de deux heures, elles chassèrent un fœtus mort depuis longtemps. Son arrière-faix le suivit de près. Cinq jours après, de nouvelles douleurs utérines se firent sentir, et madame Volaire expulsa un caillot volumineux privé de sa matière colorante, si bien qu'on aurait pu aisément le prendre pour une môle ou pour un corps fibreux. Cette circonstance fit répandre dans la ville le bruit que madame Volaire était accouchée de six enfants. Il ne fut question que de cette nouvelle pendant quelques jours. Madame Volaire a depuis fait cinq enfants, tous très-heureusement et dans des grossesses simples.

Ce fait a quelque analogie avec le précédent. Cependant il est moins remarquable, en ce sens, que le troisième enfant qui est resté pouvait fort bien n'être expulsé qu'à une époque éloignée : car on sait que bien souvent, dans les doubles parturitions, il y a suspension des contractions pendant quelques instants et même pendant quelques heures. Dès lors, il n'y a rien de bien étonnant que cette suspension se soit prolongée plusieurs jours. Toujours est-il qu'il y a eu un intervalle entre un premier accouchement et le second, et que le dernier fœtus n'a pas été expulsé par les contractions qui ont chassé les deux premiers.

Obs. III. — Madame Dartigue devint enceinte pour la troisième fois en 1821. Au mois de juillet, croyant l'être de trois mois environ, elle se donna beaucoup de peine pour mettre tout en ordre chez elle. Elle éprouva des maux de reins violents qui, bientôt, furent accompagnés de véritables douleurs utérines expulsives. Une hémorrhagie abondante eut lieu en même temps, et, au bout de quelques heures, madame Dartigue rendit un œuf entier, contenant un fœtus de deux mois à peu près; quelques caillots furent encore rendus. Madame Dartigue parut se rétablir. Cependant une pesanteur lui restait dans le bassin, de temps en temps aussi une perte rouge légère se faisait remarquer. Six à sept semaines après, une hémorrhagie considérable survint brusquement, des coliques atroces se firent sentir, et, au bout de quelques heures, fut expulsé un œuf aussi entier que le premier : le fœtus ne paraissait guère plus développé; cependant il n'avait

sur lui aucune altération apparente. Il était impossible de dire depuis quand il avait cessé de vivre.

Je crois devoir assimiler ce fait au premier. Dans l'un et l'autre cas, il y a eu grossesse multiple ; dans l'un et l'autre cas aussi, l'un des produits de la conception a été rejeté sans le second. La seule différence qu'il y ait eu, c'est que, dans le premier cas, la grossesse du second fœtus s'est prolongée jusqu'à terme, et que, dans celui-ci, elle s'est arrêtée au bout de quelques semaines. Ce qui peut même faire soupçonner que ce fœtus a cessé de vivre à l'époque du premier avortement à cause de son peu de développement ; mais cette opinion ne peut être admise, si l'on fait attention que son inaltérabilité ne permet pas de supposer qu'il ait pu se conserver ainsi mort pendant six semaines. Il a continué à vivre, mais d'une vie plus faible, plus languissante, de façon qu'il n'a pu se développer que plus lentement, ce que les circonstances de la première parturition expliquent suffisamment. Ainsi il y a eu deux avortements bien distincts, un pour chaque fœtus. Quoiqu'il en soit, il y a eu un intervalle de six semaines au moins entre les deux expulsions ; c'est là le fait principal, le fait sur lequel je dois insister.

Obs. IV. — Mme Polo fut prise, le 24 novembre 1844, d'une cysto-péritonite grave, qui, après quinze jours, amena les douleurs d'un accouchement à trois mois de grossesse. Un fœtus fut expulsé, et peu après, un arrière-faix complet avec ses membranes ; le repos acheva de rétablir la santé qui se soutint pendant trois semaines. De nouvelles douleurs survinrent le 29 décembre. Une perte abondante avait eu lieu, beaucoup de caillots avaient été évacués : je n'y trouvai ni fœtus ni arrière-faix. Au toucher, l'orifice de l'utérus me parut assez ouvert ; un corps mou s'y engageait. Je portai mon doigt jusque dans la cavité de la matrice, je circonscrivis ce corps, en détachant les points d'adhérence qu'il présentait avec la surface utérine, et je finis par l'amener. Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque je reconnus un placenta entier avec ses membranes, et percé seulement vers sa partie la plus étroite ! Sa forme ne présentait rien de particulier. Si je n'avais pas reçu, quatre semaines auparavant, un œuf entier, j'aurais cru que cette dame se blessait pour la première fois. Tout rentra dans l'ordre, et depuis je n'ai pas eu connaissance que la santé de madame P... ait été altérée.

Ce fait présente la plus grande analogie avec le précédent. Dans l'un et l'autre cas également, un des deux jumeaux s'est détaché bien avant son terme, et il a été expulsé sans entraîner avec lui son frère utérin. Cependant il est à présumer que l'a-

vortement du premier jumeau a nui au développement du second, et que c'est lui qui en a causé l'expulsion quelques semaines après. Une légère différence se présente : dans le premier cas, le second fœtus est sorti à l'époque du second avortement; dans celui-ci, il est douteux que les choses se soient passées ainsi. En effet, ce fœtus a pu être chassé lors du premier avortement, et le placenta a pu rester seul avec ses membranes; ou bien il a été expulsé au moment du second avortement, et il s'est perdu avec les caillots, sans qu'on en ait pu reconnaître la trace. L'une et l'autre opinion peuvent se soutenir : je pencherais cependant pour la dernière, parce que la cavité de l'œuf restait grande et dans toute son intégrité, à part l'ouverture par où le fœtus avait dû s'échapper; tandis qu'elle aurait beaucoup diminué, et presque disparu, si le fœtus avait été rendu aussi longtemps d'avance, comme on le voit dans les cas de grossesse simple où l'avortement ne fait expulser l'arrière-faix que douze ou quinze jours après le fœtus. Toujours alors la cavité du placenta s'efface en partie, et cet organe se convertit en une masse charnue presque homogène. Cette circonstance me paraît assez importante pour être signalée avec instance.

Obs. V. — Mme Tr... était enceinte de deux mois environ. C'était une première grossesse. Quelques phénomènes de congestion à la tête s'étaient manifestés le 8 novembre 1845; le 10, une perte légère se montra sans douleur; elle s'arrêta et reparut à plusieurs reprises jusqu'au 15. Pour la faire cesser, une saignée de 400 grammes fut pratiquée; la perte continua, et le 17 l'avortement eut lieu. Un petit fœtus fut expulsé, et, quelques instants après, un arrière-faix complet. Madame Tr... garda le lit plus de quinze jours. Elle continua à sentir de la pesanteur dans le bassin; la perte ne s'arrêta qu'incomplétement, c'est-à-dire qu'elle s'arrêtait quelques instants pour reprendre peu après. Cependant la santé se rétablissait, et Mme Tr... sortait et faisait même d'assez longues courses. Dans la pensée qu'un caillot ou un cotylédon du placenta pourrait être resté et qu'il pourrait entretenir cet état incertain, je touchai la malade. Le col bien fermé ne me permit pas de constater la présence d'un corps étranger. Le 8 mars l'hémorrhagie devint plus forte, cependant il ne fut rendu aucun caillot et l'utérus fut trouvé encore fermé. Le rétablissement paraissait presque complet, et je cessai de voir la malade, lorsque vers le milieu ou la fin d'avril un de nos confrères estimables me dit que la veille il avait été appelé auprès de cette dame, et qu'il avait reçu un placenta sans fœtus. Je lui demandai s'il n'avait pas pris quelque caillot décoloré ou quelque cotylédon

pour un arrière-faix. Je vous le ferai voir, me dit-il, et le lendemain matin, il m'apporta effectivement un placenta complet avec sa cavité grandement formée : il l'avait ouverte dans toute son étendue en fendant l'œuf du haut en bas. Vous voyez bien, me dit-il, que je ne me suis pas trompé. Eh! bien, lui dis-je, il y en avait deux, comme je l'ai déjà vu plusieurs fois. J'ai su depuis que mon confrère avait été incrédule sur la possibilité de ce double avortement. C'est peut-être la raison qui m'a engagé à recueillir et à présenter les faits que j'ai observés, afin d'appeler l'attention sur ce point ignoré ou oublié par des praticiens aussi éclairés. Je ne parle plus de la malade, elle se rétablit.

Ce fait présente la plus grande ressemblance avec le précédent. Cependant il y a eu un intervalle beaucoup plus grand entre les deux avortements. Dans la première observation, il y a eu quatre semaines seulement; dans la seconde, il y a eu plus de trois mois, peut-être quatre. Ce qui aurait donné à la cavité placentaire ou amniotique le temps de s'oblitérer, ou tout au moins de diminuer beaucoup, si elle eût été vide. Aussi je pense que le second fœtus, resté probablement vivant dans cette cavité, l'a maintennue dilatée jusqu'au moment du second avortement, qui l'aura expulsé sans qu'on s'en soit aperçu. Le développement complet de cette cavité en est une preuve presque certaine. Ainsi nous avons encore ici une grossesse multiple. Un premier jumeau a causé un premier avortement; un second avortement n'a eu lieu que plus de trois mois après le premier. Le second placenta et ses membranes n'ont pas acquis le développement qu'ils auraient dû avoir à cinq mois, parce que, selon toute apparence, son fœtus était mort, et que, dès-lors, ses annexes n'ont pas pu prendre de l'accroissement. C'est au moins ce qui arrive soit lorsqu'elles restent pendant la mort du fœtus, soit après son expulsion.

Ces faits remarquables pourront paraître extraordinaires parce qu'ils se présentent assez rarement dans la pratique, parce que peut-être ils échappent le plus souvent aux recherches et qu'ils passent alors inaperçus. Il faut bien qu'il en soit ainsi : car la plupart des accoucheurs n'en font aucune mention. Viardel, Dionis, Peu, Deleurye, Levret, Barbaut, Puzos, Stein, Burton, Sue, etc., n'en disent pas un mot. Dans les 700 observations de Mauriceau, nous n'avons pas pu en trouver une seule de ce genre, nous n'avons pas été plus heureux dans Lamotte : dans ses mille observations il n'en cite pas une qui s'y rapporte.

Baudelocque en admet la possibilité, à cause de l'isolement des fœtus et de celui de leurs membranes et de leur placenta ;

mais il ne cite aucun fait. Les auteurs modernes ne sont guère plus avancés : ou bien, à l'exemple de M. Jacquemier, ils admettent la chose comme un effet de la mort de l'un des deux jumeaux qui sort le premier, mais ils ne citent pas d'exemples qu'ils aient recueillis.

Ne croyons pas cependant que ce silence soit une preuve de l'absence de tout fait de cette nature. La science en possède plusieurs, et, je n'en doute point, elle en posséderait un bien plus grand nombre s'ils n'eussent pas été méconnus.

Dans sa LIXe observation, page 205, Amand en cite un exemple fort remarquable : Une dame avait déjà eu deux accouchements prématurés, l'un de trois fœtus et l'autre de deux. Devenue enceinte une troisième fois, elle rendit à trois mois un fœtus, et trois semaines après, on s'aperçut qu'elle en avait un second qui vint à terme.

Smellie en parle au sujet de la superfétation qu'il rejette. Il attribue l'erreur de ceux qui l'ont admise à l'accouchement prématuré de l'un des jumeaux, le second restant plusieurs semaines ou même plusieurs mois. C'est ainsi qu'il explique les deux faits qu'il en cite dans le second volume, recueil VI, page 99. Des deux femmes qui en font le sujet, la première présente des circonstances si semblables à celles de l'observation citée par Amand, que j'ai douté un moment si ce n'était pas la même. La seconde ne présente que la particularité d'un avortement d'un fœtus de cinq mois mort-né, qui laissa la grossesse du second se conduire jusqu'à terme.

Mme Lachapelle et Dugès ne s'en sont nullement occupés dans leur pratique des accouchements : ils n'en citent aucune observation. Néanmoins, dans une note qui n'a aucun rapport direct avec le sujet, ils rapportent deux faits de ce genre empruntés à d'autres observateurs :

« Une femme de cette ville, disent-ils, a vu un jumeau abortif naître au bout de quatre mois, et l'autre continuer son accroissement dans l'utérus jusqu'au terme ordinaire. M. Désormeaux cite un cas semblable, et plus d'un autre a été rapporté en faveur de la superfétation. (Tome II, page 333.)»

Dans son chapitre sur les fœtus multiples et sur les superfétations, M. Velpeau, à l'imitation de Smellie, combat les superfétations : 1° en attribuant à leur mort anticipée la petitesse des fœtus nés avec d'autres fœtus à terme et plus développés, et il cite ainsi, tome I, page 341, les faits recueillis par Mauriceau, Peu, Burton, Campbell, Adlfon, etc. ; 2° en regardant la naissance anticipée de quelques fœtus, pendant que les seconds n'ont

ensuite été mis au jour qu'à leurs neuf mois, comme des faits de jumeaux dont l'un est expulsé plus ou moins longtemps avant l'autre. Il rapporte à cette manière de voir les faits, cités par Zacchias, de la dame Lauretta ; celui de la dame Dupuis, de Saint-Germain-en-Laye ; celui de la femme Franquet, cité par Desgrange, de Lyon, et par Fodéré ; celui de Mme Rigaud, et plusieurs autres communiqués par MM. Roxain, Delmas, Pignot, Wendt, etc...

Il n'en a recueilli lui-même aucun qui lui soit personnel. Après avoir ainsi réfuté la validité des faits de superfétation, il n'ose pas cependant la nier absolument. Quelques faits lui paraissent si convaincants qu'il finit par l'admettre, mais seulement dans des cas bien rares.

Je ne pousserai pas plus loin cette longue énumération des auteurs qui ont parlé ou non des fœtus multiples, nés ainsi à des époques différentes. En présentant ces recherches, j'ai voulu faire voir que le sujet, pour n'être pas entièrement neuf, n'en est pas moins rare et digne d'attention. Je n'entrerai point dans la discussion soulevée et soutenue par Smellie et M. Velpeau, sur la part que peuvent y avoir les superfétations ; je me borne à citer les faits que j'ai recueillis et à en tirer les conséquences dont ils sont l'expression fidèle.

Dans les grossesses multiples, un des fœtus peut sortir et laisser l'autre fœtus se développer jusqu'à son terme (OBS. Ire). Le second fœtus peut ne pas attendre son entier développement. Il peut être expulsé à une époque plus ou moins éloignée du premier. L'observation deuxième nous en fournit un exemple. Enfin, un fœtus et son arrière-faix étant sortis, le second fœtus, ou mort ou sorti sans qu'on l'ait trouvé, parce qu'on a cessé de le chercher dès le moment qu'on en a eu trouvé un, et son arrière-faix peuvent rester quelques semaines et même quelques mois après l'expulsion du premier, ainsi que nous le voyons dans les trois dernières observations.

Ces faits, ainsi acquis à la science, ont aussi un côté d'utilité, c'est celui de tenir les accoucheurs en garde contre la précipitation avec laquelle on a l'habitude de croire une femme complétement délivrée, aussitôt que, dans un avortement, on a retiré un fœtus et son arrière-faix. La pensée qu'un second fœtus et un second arrière-faix peuvent exister conduira à l'explication des phénomènes et des accidents qui persistent après l'avortement. Toutefois, loin de moi l'intention de pousser trop loin cette particularité ! Il faut la connaître pour n'être pas pris en défaut, mais il ne faut pas la généraliser trop, on tomberait dans l'inconvénient, plus grave peut-être, de détourner l'attention de la

présence bien autrement fréquente de quelques caillots qui se sont formés et durcis dans la matrice. On ne perdra de vue ni l'une ni l'autre de ces circonstances; mais on évitera tout extrême, en n'en admettant aucune exclusivement.

Cette manière d'envisager l'avortement, dans les cas de grossesse multiple, nous fournit l'explication d'un fait assez singulier qui m'a été communiqué par M. Garcin, pharmacien à Brignais, dans la lettre suivante :

« M. le docteur, j'ai l'honneur de vous soumettre un fait de physiologie qui m'a paru nouveau et intéressant. Cette considération m'a fait penser qu'il vous serait agréable. — Je m'occupe actuellement à étudier l'ouvrage de physiologie que vous avez publié dans l'Encyclopédie des sciences médicales. J'ai lu tout l'article Génération et ses anomalies. Je n'ai rien vu qui ait rapport avec mon fait; cependant vous relatez avec soin tous les points de générations qui vous ont paru extraordinaires. Je fais couvrir une lapine. Elle met bas une portée de sept petits. Elle les allaite pendant trente jours. Le 31e elle met bas une seconde portée de six petits à terme et bien formés. Les deux portées sont vivantes et bien portantes. Remarquez, monsieur, que la lapine a été couverte une seule fois, et cependant, elle a, du même accouplement, mis bas deux portées bien distinctes, une de sept, un mois après l'accouplement; et la seconde de six, un mois juste après la première. — De nombreuses réflexions se présentent; il ne me convient nullement de m'y livrer. Votre savoir étendu sur cette matière me fait espérer que vous serez assez bon pour me donner votre opinion sur ce point de physiologie qui me paraît nouveau. Je vais au-devant de l'objection de la superfétation. Je n'ai laissé le mâle et la femelle ensemble que vingt-quatre heures. Je les ai séparés en mettant l'un au grenier et l'autre au jardin. — J'espère, monsieur, que vous daignerez me donner le résultat de vos observations.

J'ai l'honneur, etc. GARCIN, *pharmacien.*

La lapine n'a été couverte qu'une fois, en conséquence, comme le dit M. Garcin, il ne peut pas y avoir eu superfétation. Ce fait rentre donc en entier dans le cas de nos grossesses multiples. Les deux cornes de la matrice ont été remplies simultanément par les produits de la conception. La quantité énorme de petits qu'elles contenaient a sans doute nui au développement de ceux qui étaient dans l'une des deux cornes. Le part a eu lieu pour ceux qui avaient le mieux profité. Ceux qui étaient les moins avancés sont restés, comme dans un de nos avortements. Ils ont

achevé de se développer pendant les trente et un jours qui ont suivi le premier part. On ne trouvera pas étonnant qu'ils n'aient pas acquis plutôt un volume assez considérable pour être expulsés, si l'on fait attention que la mère allaitait ses petits, et que la fluxion laiteuse abondante qui en résultait a dû opérer une puissante révulsion au détriment de la matrice et de ses jeunes hôtes. Ainsi tout s'explique facilement : les deux cornes ont été fécondées à la fois ; l'une s'est débarrassée au bout de trente jours, l'autre a conservé ses petits trente et un jours de plus. La direction vitale, concentrée sur un autre point, explique la lenteur du développement de ces derniers.

Peut-être serions-nous en droit de faire l'application de ce fait à beaucoup d'autres faits analogues. Vous savez, messieurs, que les naturalistes ont signalé la fréquence des superfétations chez les lièvres et les lapins ; je ne la nie point. L'existence de deux cornes, ou, si vous voulez, de deux matrices, sert même à la faire admettre chez ces animaux. Ne serait-il pas possible que, dans bien des cas au moins, on eût pris pour des superfétations de simples retards dans la parturition de l'une des deux cornes ? Il est en effet bien plus difficile de croire à la superfétation. Nous savons qu'une fois la conception achevée chez les animaux, le rut cesse et qu'il n'y a plus d'accouplement. Ce n'est, au reste, qu'une réflexion sur laquelle j'appelle des observations ultérieures.

MALADIES DES FEMMES. — 19. *Ovariotomie.* — *Succès*; par M. VAULLEGEARD, docteur médecin, à Condé-sur-Noireau.

(Journal des Conn. médico-chir., juin 1848.)

Nous croyons devoir appeler d'une manière toute particulière l'attention de nos lecteurs sur l'observation suivante, qui nous offre le premier cas, peut-être, d'ovariotomie pratiquée en France. M. le docteur Vaullegeard a montré, par son exemple, qu'aux chefs de service des hôpitaux de Paris n'appartient pas exclusivement l'initiative des hautes opérations de chirurgie, pas plus que les qualités du vrai médecin. Nous sommes toujours heureux de pouvoir disposer d'une aussi grande publicité pour des confrères, à qui il ne manque qu'un vaste amphithéâtre et de nombreux élèves.

Julie Retout, âgée de 25 ans et demi, brune, d'une taille moyenne, d'un tempérament sanguin, née de parents sains et robustes, ayant toujours joui d'une bonne santé, menstruée à 18 ans, et l'ayant été régulièrement jusqu'à 20, remarqua, dans les premiers jours de 1842, que, sans cause connue, et sans

éprouver aucune douleur ou gêne quelconque, ses règles manquaient depuis une quinzaine de jours, et que son ventre avait pris un développement insolite.

Les quatre à cinq mois suivants, les menstrues ne reparurent pas, et le ventre continua à se développer de plus en plus. La santé de Julie Retout était néanmoins parfaite, et cette fille vaquait aussi facilement que de coutume aux soins du ménage, dans la maison où elle était domestique. Toutefois, pour faire cesser des bruits calomnieux, bien plus que pour pourvoir à sa santé, elle reçut le conseil de s'adresser à un empirique qui lui prescrivit des remèdes violents, lesquels furent continués pendant huit jours, et n'eurent d'autre résultat que de déterminer de fréquentes évacuations alvines, une forte agitation et un mouvement de fièvre très-prononcé.

Malgré cette violente médication, la santé vigoureuse de Julie Retout redevint aussi bonne qu'auparavant, et l'état dans lequel elle se trouvait, et qui la contrariait tant, était resté le même, lorsque quinze à vingt jours plus tard, elle ressentit tout à coup, pendant la nuit, une très-vive douleur dans le bas-ventre, sans qu'il s'écoulât aucun liquide ou qu'il s'échappât aucun gaz dont elle eût conscience, et sans qu'il lui fût possible de se rendre compte de ce qui venait de se passer en elle ; l'abdomen s'affaissa presque subitement, et cela, sans la coïncidence d'aucun trouble dans l'ensemble des fonctions.

Huit à dix jours après cette crise, la menstruation reparaît et continue régulièrement pendant quinze à dix-huit mois.

Au bout de ce temps, sans cause connue ou appréciable encore, Julie Retout, toujours bien portante, s'aperçoit de nouveau que ses règles retardent et que son ventre acquiert de l'ampleur. Elle est obligée de quitter la ville de Condé-sur-Noireau, pour retourner chez ses parents, en la commune de Culey, canton d'Harcourt ; et, là, elle essaie différents remèdes, conseillés par ses parents et ses voisins ; mais ces remèdes sont sans résultat, une nouvelle crise salutaire ne survient point, et le ventre acquérant chaque jour un volume plus considérable, elle se décide à réclamer les secours de l'art.

M. Leprince, médecin à Cléry, commune voisine du lieu habité par la malade, prévenu de son état, se rend chez elle le 11 mai 1844, reconnaît une ascite, pratique la paracentèse et donne issue à 24 ou 25 litres d'une sérosité citrine et limpide ; après quoi, il examine l'état des viscères abdominaux et trouve, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur ovarique de la grosseur du poing. Pendant plusieurs mois, des moyens nombreux et variés sont employés

pour agir sur l'organe malade, rappeler la menstruation, combattre l'ascite ; mais ces moyens ne produisent aucun résultat satisfaisant et finissent par être abandonnés ; et même, vingt et quelques jours après la première ponction, il avait fallu en pratiquer une seconde ; et cette ponction devint bientôt nécessaire tous les 18 à 20 jours ; plus tard, on dut rapprocher les époques d'une opération à l'autre, au point que, depuis le mois de mars 1847, jusqu'au 15 septembre, jour où fut pratiquée l'ovariotomie, la paracentèse eut lieu tous les quinze jours au plus tard, tant était prompte et considérable l'accumulation du liquide.

Pendant la majeure partie de ce long espace de temps, l'état de Julie Retout, supportable encore, n'avait pas exercé une bien grande influence sur le reste de l'économie ; mais depuis deux ou trois mois surtout, la tumeur qui, après chaque ponction, se manifestait plus volumineuse, avait pris un développement plus rapide, en même temps qu'elle était devenue douloureuse, et s'étendait de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre droit ; l'ombilic était distendu, rénitent, douloureux, excorié, et faisait une saillie considérable, excédant la grosseur du poing ; les forces déclinaient, bien que l'appétit se conservât encore, et que les fonctions digestives s'exécutassent d'une manière normale et assez régulière ; l'émaciation allait en augmentant, tout en laissant à la malade un reste de fraîcheur et une belle carnation ; et cependant le pouls était devenu petit et fréquent, la soif chaque jour plus ardente, et l'urine de plus en plus rare.

Cette aggravation progressive dans les symptômes paraissait moins due à la dégénérescence de l'organe malade qu'à cette active exhalation séreuse qui était telle, que le volume du liquide, obtenue par chaque ponction, équivalait régulièrement à deux litres par 24 heures, et au volume énorme de la tumeur, laquelle exerçait sur les parties voisines une pression continuelle et douloureuse pendant les deux ou trois jours qui suivaient l'opération, ce qui forçait la malade à garder le lit pendant ce temps, tandis que, quelques jours plus tard une anxiété extrême et une continuelle oppression l'obligeaient à être presque constamment assise, nuit et jour, sans pouvoir être soulagée par quelques instants de sommeil.

Telle était la grave et douloureuse position de Julie Retout, vouée à une mort inévitable et prochaine, mais non encore sans angoisses et sans souffrances progressives et cruelles, lorsqu'un cas de hernie étranglée, qui eut lieu dans les environs de Culey, et qui nécessita une opération dont les suites furent promptes et heureuses, me mit en rapport avec M. Leprince, médecin de la

malade, lequel me fit part du désir extrême qu'avait cette dernière d'être débarrassée à tout prix, s'il y avait lieu, de l'horrible affection qui la faisait si cruellement souffrir. M. Leprince conçut avec moi la possibilité d'une opération qui, bien que proscrite encore chez nous par les grands maîtres, — puisque Sabatier la rejette, ainsi que beaucoup d'autres praticiens modernes, et que Boyer, dans son *Traité des Maladies chirurgicales*, t. VIII, édition de 1822, dit textuellement : « La moindre réflexion suffit pour démontrer les dangers et l'impossibilité de cette opération, qui n'a pas été pratiquée, et qui ne le sera vraisemblablemet jamais, » — doit cependant être reconnue aujourd'hui d'une application possible, et pouvoir être tentée sans témérité et souvent avec avantage, puisqu'à l'étranger elle l'a été bien des fois avec succès (1).

Bientôt instruite de la décision qui venait d'être prise à son égard, décision qui devait toutefois dépendre d'un examen ultérieur, Julie Retout concevant l'espoir d'une guérison possible, et encouragée aussi par l'assurance qui lui fut donnée qu'on pourrait, en l'éthérisant, la soustraire aux douleurs inséparables d'une grave opération, fut apportée en voiture à Condé-sur-Noireau, chez une de ses parentes, le 1er septembre 1847. Le même jour, la ponction fut pratiquée et suivie de la sortie de 25 à 30 litres d'un liquide séreux, toujours à peu près le même, transparent, inodore et citrin. L'abdomen fut alors palpé avec tout le soin possible, et, de cet examen, on put conclure :

1° Que la tumeur s'étendait obliquement de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre droit, et qu'elle était d'une forme ovoïde, fortement prononcée à sa partie moyenne ;

2° Qu'elle présentait à sa surface diverses bosselures et inégalités, dont quelques-unes pouvaient avoir la grosseur d'une noix, d'autres celle d'un œuf de poule.

3° Qu'au reste, elle était lisse, mobile, assez facile à déplacer de droite à gauche, et de gauche à droite, mais sans qu'il fût possible de l'abaisser d'une manière sensible ;

4° Que ses points d'adhérence, situés profondémont, ne pouvaient être appréciés aussi exactement qu'il eût été à désirer qu'on pût le faire, cette circonstance étant cependant très-importante ; que, cependant, tout faisait penser qu'ils étaient, sinon épais et nombreux, au moins assez étendus ;

(1) Voy. à ce sujet le mémoire de M. Chéreau sur l'excision des tumeurs ovariques, inséré dans notre numéro de juin 1844. Nous rappellerons que dans le tableau de 65 cas de section abdominale, rapportés par l'auteur, on trouve 42 cas de succès complet et de simple rétablissement, et 23 cas seulement de mort. (*Note du rédacteur.*)

5° Que cette tumeur, enfin, paraissait évidemment d'une nature ovarique, et, par suite, dans l'espèce et par les motifs ci-dessus énoncés, susceptible d'être opérée.

Cette décision fut acceptée avec grande satsfaction ; toutefois, pour diverses causes, l'opération fut fixée au 15 du même mois ; et voulant, dans une aussi grave et si difficile conjoncture, profiter du séjour de la malade, que son état de faiblesse devait retenir trois ou quatre jours en ville, je priai trois de mes confrères, MM. Théodore et Paul Lemasson, et M. Langlois, d'examiner la malade, ce que je fis plusieurs fois avec eux ; et ces examens ultérieurs furent également favorables à une opération, dont on ne pouvait nier que la gravité, et surtout la nouveauté, ne dussent assumer sur l'art une grande responsabilité, grandement allégée par ces confrères, avec lesquels l'exercice de la médecine, toujours agréable et fructueux, entretient des rapports fréquents, que le système d'association ne peut qu'augmenter encore.

Au reste, avant le départ de la malade, soit auprès d'elle pour la préparer convenablement, soit auprès de sa famille, rien ne fut oublié pour prendre les précautions qui, bien qu'en dehors de l'art, par prudence et devoir, ne doivent jamais être négligées.

C'est dans ces circonstances que, le 15 septembre, accompagné de MM. les docteurs Lemasson et Langlois, (de Condé), je me rendis au domicile de la malade, où se réunit à nous M. Leprince avec deux de ses confrères du voisinage, MM. Margot et Cautru.

Trois jours auparavant, il avait fallu faire une nouvelle ponction (la cinquante-deuxième), laquelle donna issue à 8 ou 10 litres de sérosité, sans quoi il eût été impossible à la malade d'attendre le jour fixé pour l'opération, tant le ventre était distendu et la respiration difficile.

Les dispositions générales prises et concertées pour que tout se passât, autant que possible, de la manière la plus prompte, mais aussi la plus prudente, d'après les prévisions résultant des données antérieures, l'opération fut pratiquée à neuf heures et demie du matin, ainsi qu'il suit :

La malade est couchée presque horizontalement sur une table couverte d'un matelas, d'un drap, de plusieurs nappes et serviettes placées au niveau des reins, et, par-dessus, d'une pièce de toile cirée, destinée à recevoir la sérosité abdominale, et à permettre à un des aides d'en diriger l'écoulement dans un vase destiné à cet effet, de manière à ce que, pendant l'opération, la malade ne soit ni mouillée ni exposée à un refroidissement pénible et dangereux dans un moment de grande faiblesse, et aussi pour qu'elle se trouve sèchement après la levée de cette pièce

d'appareil, et qu'elle puisse être pansée sans qu'il soit nécessaire de lui faire exécuter aucun mouvement.

Cette table appuyée contre un lit, prêtant un appui solide à l'oreiller qui soutient la tête de la malade, est placée vis-à-vis d'une fenêtre, mais à une distance qui peut permettre de passer d'un côté à l'autre ; et, sur le large appui de la fenêtre, on a disposé tout ce qui peut être utile pendant le cours de l'opération.

Ces dispositions faites, la malade est soumise à l'éthérisation, dont l'action détermine, au bout de 75 secondes, l'insensibilité la plus complète. Aussitôt l'opérateur se place à droite de la malade, ayant à côté de lui un aide qui refoule doucement le bas-ventre de droite à gauche, deux autres en face de lui pour prêter leur ministère à toutes les manœuvres prévues ou imprévues; un autre, enfin, en face de lui, et presque aux pieds de la malade, pour présenter ou reprendre tout ce qui pouvait être utile parmi les pièces d'appareil dont il était le plus rapproché.

Une ponction perpendiculaire est faite avec un bistouri droit, au côté gauche et à deux centimètres de l'ombilic, et, au moyen du même instrument, une incision, parallèle à la ligne blanche, est faite de haut en bas, sur une longueur de quatre centimètres environ. L'instrument est immédiatement retiré, et le doigt indicateur de la main gauche, introduit dans la plaie, sert à diriger un bistouri droit et boutonné, au moyen duquel on donne à la première incision, continuée dans la même direction, une longueur de douze centimètres.

Le liquide s'écoule abondamment, mais sa sortie rapide de l'abdomen est modérée par l'opérateur et par un des aides placé en face de lui, lesquels soulèvent et maintiennent, chacun de son côté, les bords libres de l'incision, dans la crainte qu'une soustraction trop rapide de la sérosité ne devienne , dès le commencement de l'opération, une cause de faiblesse inquiétante ; précaution qui parut d'autant plus utile que, depuis quelque temps, Julie Retout était, après chaque ponction, dans un grand état de faiblesse voisin de la syncope.

Au bout de deux minutes, alors que six à huit litres de liquide se furent écoulés, l'opérateur introduisit la main droite dans la cavité abdominale, afin de bien juger la tumeur et de se rendre compte de ce qu'il devait ou pouvait faire ; car si cet examen lui avait fait reconnaître qu'on s'était trompé dans le diagnostic, ou qu'il se présentait des circonstances qui rendaient l'opération impraticable ou éminemment dangereuse, il eût cru téméraire de compromettre l'art, et il aurait réuni la plaie après avoir évacué l'abdomen. Ces fâcheuses circonstances ne se ren-

contrèrent point; la tumeur fut reconnue telle qu'elle avait été diagnostiquée; le pédicule, auquel elle tenait, était situé à la partie postérieure et supérieure de la fosse iliaque gauche, et s'étendait obliquement, de bas en haut et de gauche à droite, sur une longueur de dix à douze centimètres, en se rapprochant de la colonne vertébrale, et offrait une épaisseur moyenne d'un centimètre environ, et une hauteur de six à sept centimètres.

Les conditions dans lesquelles fut ainsi trouvée la tumeur, et dont il fallut à peine quelques secondes pour se rendre un compte exact, n'étaient pas au-dessus des prévisions, et l'opération dut être continuée. On favorise l'écoulement du liquide d'une manière lente et régulière, et, tandis qu'au moyen d'une légère pression de droite à gauche, la sérosité s'écoule de ce dernier côté et tombe dans le vase destiné à la recevoir, le ventre est mollement soutenu sur ses côtés, au moyen des pièces d'appareil placées à cet effet.

Huit à neuf minutes avaient suffi pour cette première partie de l'opération, les trois quarts du liquide s'étaient écoulés, lorsque la masse morbide, comprimée et soulevée, se présenta à l'ouverture qu'elle boucha complétement. Sa couleur était d'un rouge lie de vin, assez semblable aux polypes utérins. Elle parut, au toucher, molle, rénitente et renfermant un liquide. Une ponction faite avec un trocart donne issue à une sanie séro-sanguinolente; alors un bistouri est plongé dans cette partie de la tumeur, et une ouverture de cinq à six centimètres donne issue à une matière gélatino-puriforme; cette évacuation de liquides ne procurant pas une diminution assez notable, l'incision, agrandie de quelques centimètres, permet à la main d'extraire des portions considérables de masses hydatidiques, de grosseurs variables, depuis celle d'une noisette jusqu'au volume d'un œuf de poule, en même temps qu'il s'écoule des matières séreuses et gélatino-puriformes, matières dont la sortie était rendue plus facile et plus abondante, au moyen d'une pression exercée convenablement sur les côtés de la tumeur par les soins d'un aide, qui agissait aussi de manière à ce qu'aucune portion ne pénétrât dans l'abdomen.

La masse morbide, débarrassée ainsi d'une partie de son volume, est attirée vers l'extérieur; mais elle est encore beaucoup trop considérable pour pouvoir sortir. Alors, comme les manœuvres ne sont accompagnées que d'une perte de sang à peu près insignifiante, et que les douleurs qu'elles occasionnent sont peu perçues par la malade, qui, vers ce moment, commence à avoir la conscience de ce qui se passe, la tumeur est successivement attaquée en deux endroits, de la même manière que précédem-

ment, et on parvient ainsi à faire sortir ou extraire des produits morbides triples en volume et en poids de ceux qui avaient été amenés à l'extérieur la première fois. Cependant, comme la tumeur, réduite alors en grande partie à son état de dégénérescence solide, présente encore un volume tel, qu'elle ne peut franchir les bords de la plaie, celle-ci est agrandie à sa partie supérieure de quatre centimètres environ, ce qui permet d'amener au dehors la masse morbide, laquelle s'étale, incisée et déchirée, sur les parois abdominales.

Pendant ces dernières manœuvres, l'écoulement du liquide contenu dans le bas-ventre s'était à peu près achevé, et d'autant plus complétement même, que les aides rapprochaient et comprimaient mollement les parois flasques et si affaissées de l'abdomen. Alors la tumeur soulevée laisse apercevoir son pédicule, qui est aussitôt traversé, à sa partie moyenne, et le plus près possible de sa base, d'une aiguille à séton, mousse, armée de deux longs fils doubles et cirés, de manière à obtenir, dans un seul temps, deux ligatures, l'une en haut, l'autre en bas, et à éviter le danger qu'aurait pu présenter une seule ligature embrassant trop de tissus, et exposée ainsi à glisser et à se détacher. On place ensuite une seule ligature du côté de la tumeur ; mais cette dernière, quoi qu'on fasse, se trouve tellement rapprochée des deux premières, qu'on se voit obligé de la réunir aux deux autres, mais sans la confondre, pour les amener à la partie inférieure de la plaie.

Deux coups de forts ciseaux de Dubois terminèrent cette première et si laborieuse partie de l'opération, laquelle, toutefois, ne dura que seize minutes, par l'effet d'une continuité régulière dans les manœuvres, et ne fut contrariée en rien, ni par une déperdition notable de sang, ni par la procidence de quelques anses d'intestin. Plusieurs serviettes molles sont appliquées sur le ventre et maintenues par un bandage de corps, préalablement passé sous les reins de la patiente, ainsi qu'il a été dit ; alors, cette dernière, qui avait repris ses sens et qui n'accusait qu'une faible douleur, apprenant que tout n'était pas encore terminé, demandait instamment qu'on la *rendormît* ; mais on ne crut pas devoir céder à ses prières, vu sa grande faiblesse et l'extrême petitesse du pouls. L'opération ne put être reprise que vingt minutes plus tard, après qu'on eut fait respirer à la malade un air plus vif et qu'on lui eut fait prendre quelques cuillerées de vin chaud et sucré, ce qui la remit dans un état presque aussi satisfaisant qu'avant l'opération.

Une demi-minute suffit pour que l'éthérisation produisît l'effet désiré ; la plaie est réunie au moyen de trois points de suture

enchevillée, dont les fils sont noués de chaque côté sur un rouleau de sparadrap renfermant un morceau de bougie en gomme élastique, et les fils sont serrés de manière à affronter mollement les bords de la plaie dont la partie inférieure, sur une longueur d'un centimètre, est laissée libre pour le jeu des ligatures, et pour permettre, au besoin, l'introduction d'une sonde pour l'écoulement des liquides contenus dans l'abdomen. La plaie est ensuite couverte d'une compresse fenestrée, enduite de styrax, puis de plusieurs gâteaux de charpie et d'un nombre suffisant de compresses pour exercer sur le ventre une égale et douce pression.

La malade, qui ne s'était aperçue en rien de cette dernière partie de l'opération, reprit ses sens vers la fin du pansement et fut portée dans son lit, n'éprouvant qu'une légère douleur.

La tumeur, examinée après l'opération, présentait diverses lésions pathologiques : son tissu semblait plus particulièrement formé d'une trame fibro-cartilagineuse, dans les interstices de laquelle se trouvait de la matière gélatineuse, cérébriforme, granuleuse, etc. On observait aussi une grande quantité de poches, variables sous le rapport de la forme et de l'étendue, la plupart incisées et déchirées, renfermant des matières gélatineuses et purulentes.

La partie, extraite en masse, pesait quatre kilogrammes et demi, et les matières, qui s'étaient écoulées ou qu'on avait extraites, furent estimées à un poids à peu près égal.

A partir de l'instant où Julie Retout est portée dans son lit, une existence nouvelle, exempte de tous les symptômes qui la faisaient si cruellement souffrir, physiquement et moralement, commence pour elle, et n'est interrompue par aucun accident.

Dès le jour même de l'opération, la soif cesse et l'urine devient déjà plus abondante; deux bouillons et quelques verres d'eau sucrée, coupée d'un tiers de vin, sont pris avec plaisir et passent bien. Il ne survient point de réaction fébrile, et les parties opérées sont à peine le siége d'une légère douleur. La nuit est bonne et accompagnée de quelques heures d'un sommeil calme et tel qu'il n'avait pas été goûté depuis longtemps.

Les deux jours suivants, état aussi satisfaisant; urines plus abondantes; aucun symptôme de péritonite ni d'épanchement.

Les quatrième, cinquième et sixième jours, même état encore, sinon un peu moins de sommeil et une accélération dans le pouls qui donne cent deux pulsations; la peau est sans chaleur fébrile; le ventre sans tension ni douleur ; il ne se déclare, enfin, aucun des symptômes qui semblaeint devoir se manifester avec plus ou moins de violence, comme une suite nécessaire de l'opération. Les fonctions digestives se maintiennent dans un état satisfai-

sant ; la langue reste humide ; les évacuations alvines, près le quatrième jour, redeviennent régulières, et la malade désire et peut prendre une nourriture peu abondante, mais substantielle.

Ce qui la fatigue le plus dans ces premiers jours, c'est une gêne douloureuse ressentie à la base du thorax, comme produite par une sorte de torsion des côtes, privées de leur soutien habituel.

Le septième jour, l'appareil est levé, et on trouve la plaie abdominale cicatrisée de la manière la plus complète et la plus régulière ; la partie inférieure seule de la plaie, restée ouverte par la présence des ligatures, laisse sortir un liquide séro-purulent assez fétide ; et comme les intestins, refoulés auparavant par la tumeur, étaient facilement sentis occupant la circonférence du bas-ventre, tandis que l'ouverture par où sortaient les fils était rapprochée de la paroi postérieure de l'abdomen, il paraissait évident qu'il s'était formé une sorte de poche ou gaîne, isolant les parties où tenaient les ligatures, puisqu'il fut facile, pendant quelques jours, au moyen d'une sonde à femme et d'une petite seringue, faisant les fonctions de pompe aspirante, d'enlever à chaque pansement le pus fétide, provenant du détritus de la partie du pédicule comprise entre les ligatures. Toutefois, cette suppuration ne tarda pas à diminuer et à être remplacée par un pus louable, peu abondant, et fétide seulement par intervalle. A cette occasion, on doit ajouter, que, bien que les fils se soient détachés le seizième jour seulement après l'opération, il existe encore aujourd'hui un léger suintement purulent qui, au reste, ne gêne ni n'entrave la rapide convalescence de la malade.

En effet, depuis le sixième jour, la fièvre a disparu complétement, l'appétit est bon, la digestion facile, le ventre libre, l'urine claire et abondante ; il n'y a, du côté de l'abdomen, ni douleur, ni tension, ni le moindre signe d'épanchement ; le pouls régulier à 68 ou 70 pulsations ; le sommeil parfait. Enfin, si on en excepte un reste de faiblesse qui chaque jour disparaît, il n'existe aucun symptôme de la maladie, et la guérison de Julie Retout doit être regardée, aujourd'hui, vingt-cinquième jour après l'opération, comme prochaine et complète.

Réflexions. — S'il est juste de reconnaître que la médecine parvient quelquefois à arrêter le développement des maladies des ovaires, et même à les guérir complétement, il ne l'est pas moins d'avouer que tous les agents thérapeutiques échouent presque constamment, lorsque ces maladies sont arrivées à cet état chronique que suit une prompte dégénérescence. Alors, dans ce dernier cas, où l'action même des palliatifs est nulle, doit-on déclarer que la chirurgie est également impuissante ? Et cependant, chez nous, quelques hommes de l'art ont plutôt proposé que

tenté l'ovariotomie, tandis que d'autres, en plus grand nombre, effrayés des dangers de cette opération et des conséquences terribles et immédiates qu'elle peut entraîner, l'ont rejetée d'une manière absolue. Que reste-t-il donc à faire, en présence de telles autorités, sinon de suivre les errements du passé et de se condamner à une perpétuelle impuissance? Mais lorsqu'on voit que des chirurgiens étrangers n'ont pas craint de pratiquer nombre de fois l'ovariotomie, et souvent avec succès, n'est-on pas en droit de les suivre dans la voie qu'ils ont ouverte à l'art, et de chercher, comme eux, à en reculer les limites?

Ce sont ces considérations qui ont prévalu chez nous, lorsque, nous nous sommes décidé à pratiquer l'ovariotomie sur Julie Retout; et bientôt, nous l'espérons, il s'agira moins de savoir si cette opération est justifiable aux yeux de l'art, que de rechercher dans quelles circonstances et comment elle doit être pratiquée. Les résultats obtenus dans des cas bien déterminés et où l'art se sera entouré de tout ce qu'exigent des lumières suffisantes, unies à une grande prudence et à une extrême réserve, pourront seuls résoudre ce problème chirurgical (1).

Je n'ai pas à m'occuper ici de l'état de cette question à l'étranger, pas plus qu'à tenir compte de ce qui y a été pratiqué ou publié; je vais seulement mettre en relief quelques considérations générales, essentiellement pratiques, pour en faire une application spéciale au cas dont j'ai eu l'honneur de vous adresser les détails, bien longs, sans doute, mais dont l'utilité se révèlera par les applications qui pourront en être faites.

Ce qui importe essentiellement au succès de l'ovariotomie est le diagnostic. A cet égard, rien ne doit être négligé; il faut qu'il soit aussi complet que possible, et qu'il ne laisse rien à désirer. Cette nécessité sera plus vivement sentie si l'on vient à réfléchir que des erreurs déplorables, et proportionnellement très-nombreuses, ont été commises, et que, sur quatre-vingt-trois cas d'ovariotomie recueillis dans la presse étrangère, par le docteur Chéreau, on s'est trompé neuf fois : ce n'était pas l'ovaire qui était malade.

(1) On pourra consulter sur la question des sections abdominales, autres que l'opération *dite* césarienne, les travaux suivants insérés dans notre collection.

1° Un mémoire *inédit* de Hévin sur la gastrotomie, postérieur à celui publié par le même auteur, sous le même titre, dans le tome IV des Mémoires de l'Académie de chirurgie. Ce manuscrit découvert par M. Dezeimeris, qui nous le communiqua, a été imprimé dans notre numéro de septembre 1836 et dans les suivants;

2° Le mémoire de M. Chéreau, cité plus haut;

3° Un extrait d'un journal américain intitulé : *Cas heureux d'incision du péritoine pour l'ablation de deux ovaires malades, avec complication d'ascite* N° de février 1845.) (*Note du rédacteur.*)

Mais le diagnostic ne consiste pas seulement à constater que c'est bien à une ovarite qu'on a affaire, il faut encore qu'indépendamment de toutes les circonstances diverses ou complications qui peuvent contre-indiquer l'opération, l'organe affecté soit reconnu dans des conditions telles, que son extirpation soit regardée comme praticable et d'une exécution qui n'aille pas au delà des dangers inséparables de l'opération même ; car, déjà, de pareilles erreurs de diagnostic se sont rencontrées plusieurs fois. Nous avons donc dû faire l'application de ces principes au cas d'ovariotomie pratiquée sur Julie Retout, et si nous sommes parvenu à un diagnostic aussi précis que possible, nous n'avons dû cet avantage qu'à l'appréciation de toutes les données antérieures que nous avions recueillies, et à l'examen attentif et répété que nous avons fait de l'organe morbide, ainsi que le constatent les détails dans lesquels nous sommes entré.

Supposons maintenant que le diagnostic soit bien établi et favorable à une opération devenue nécessaire, quel sera le mode opératoire ? La réponse doit paraître simple et facile : ouvrir le ventre plus ou moins largement, saisir la tumeur dont on aura diminué ou non le volume par une ou plusieurs ponctions, et la détacher ensuite après avoir lié le pédicule. Tels sont bien, en effet, les principaux temps de l'opération ; mais, dans leur exécution, aucune règle fixe à suivre.

Dans le cas qui s'est présenté à notre pratique, nous avons agi sans aucun antécédent qui nous fût connu. Nous avons exposé comment les choses s'étaient passées, et nous serions à recommencer que nous agirions encore de même, si nous en exceptons la manière dont a eu lieu la ligature du pédicule.

Passons donc en revue chacun des différents temps de l'opération, et commençons par l'incision ; nous avons dit les motifs qui nous avaient engagé à la faire en plusieurs temps, et si, au lieu de la pratiquer sur la ligne blanche et médiatement, nous l'avons faite à gauche et latéralement, c'était pour ne pas inciser l'ombilic qui, étant aminci et excorié, se serait peu prêté à une réunion immédiate, et aurait pu même se sphacéler ou se cicatriser difficilement, ainsi que nous en avons eu des exemples dans des circonstances à peu près semblables.

Nous avons donné d'abord peu d'étendue à cette incision, parce qu'il nous semble que, quel que soit le cas, la longueur première ne doit jamais se mesurer sur le volume de la tumeur, puisque cette dernière, une fois ponctionnée, peut diminuer de volume dans des proportions qu'il est impossible de déterminer d'avance. Ainsi, pour l'incision, rien d'absolu : celle-ci doit être proportionnée à l'état pathologique de la tumeur, une fois re-

connu, et son agrandissement plus ou moins considérable, subordonné à l'exigence du cas, est pratiqué dans la direction la plus favorable. Quant au lieu d'élection, en ce qui regarde la facilité plus ou moins grande pour agir sur la tumeur et lier le pédicule, il est d'autant moins important à déterminer rigoureusement, que le ventre est plus distendu par un liquide et la tumeur plus grosse, et qu'alors la peau se prête facilement à tous les déplacements qu'exigent les manœuvres ultérieures.

Il serait inutile de faire ressortir les avantages d'une ou de plusieurs ponctions dans la tumeur ovarique, d'autant plus que ces ponctions ne peuvent avoir aucun inconvénient. C'est au chirurgien à agir suivant les circonstances, et à se laisser guider par son tact et son savoir pour simplifier l'opération autant que possible. Ainsi, chez Julie Retout, si on eût proportionné l'incision à la longueur et au volume de la tumeur, on l'eût, à tort, agrandie de plus du double.

Si nous passons maintenant à l'examen du procédé opératoire le plus avantageux pour la ligature du pédicule, ou des liens divers auquels les tumeurs ovariques peuvent se trouver attachées, nous verrons que ce procédé opératoire n'est pas, non plus, aussi simple qu'on pourrait le supposer d'abord.

En effet, s'il ne s'agissait, après avoir soulevé la tumeur, que de passer une ligature le plus près possible de la base du pédicule, une seconde ensuite à une distance plus ou moins éloignée, puis de couper entre ces deux ligatures et d'enlever l'organe morbide, rien ne serait plus simple, plus régulier, et présumablement plus facile dans la majeure partie des cas ; malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Le cas d'ovariotomie pratiquée sur Julie Retout nous en fournit une preuve évidente. Avant l'opération, notre opinion était bien arrêtée sur la plus ou moins grande étendue du pédicule, sur le danger qu'il y eût eu à ne passer qu'une seule ligature, et tout était disposé pour en passer un plus ou moins grand nombre, selon que les circonstances sembleraient l'exiger ; et cependant, dans cette partie de l'opération, malgré nos prévisions, nous ne pensons pas avoir obtenu le résultat le plus satisfaisant ; et, pour nous en convaincre, jetons un coup-d'œil rétrospectif sur ce qui s'est passé.

Le pédicule, large de douze centimètres environ, traversé à sa partie moyenne et divisé en deux, ainsi que nous l'avons dit, put être lié facilement et solidement, tandis que, si l'on eût passé une seule ligature, on eût craint, avec raison, qu'en agissant sur un tissu lisse, dense, et s'élargissant en éventail à partir du point où la ligature aurait été fixée, cette dernière eût glissé aussitôt après la section faite du côté de la tumeur, accident qui

n'est pas sans exemple, d'après le docteur Chéreau. Mais lorsqu'on vint ensuite à passer une seule ligature sur la partie du pédicule comprise entre la tumeur et les deux ligatures, cette ligature unique, embrassant trop de tissus et glissant sur une surface lisse et conique, se rapprocha tellement, quoi qu'on fît, des deux premières, qu'il ne resta pas d'espace suffisant pour couper la partie du pédicule comprise entre elles, et qu'on se vit forcé d'y renoncer pour ne pas s'exposer à ce qu'elles se détachassent toutes à la fois. On jugea donc convenable de laisser cette ligature et de trancher le pédicule au-dessus, avec l'espoir, toutefois, que les deux premières ligatures, qui embrassaient moins de tissus et qui avaient été fortement serrées, se détacheraient les premières, et qu'au moyen de la ligature unique on pourrait entraîner au dehors cette partie du pédicule abandonné à une décomposition intérieure. Ces prévisions ne se sont point réalisées : les ligatures se sont détachées en même temps, et n'ont rien amené à l'extérieur.

Cette portion du pédicule s'est trouvée détruite par la suppuration, comme nous l'avons dit, et cette suppuration, d'une nature fétide pendant quelques jours, jointe à la présence de plusieurs ligatures qui pouvaient déterminer l'inflammation du péritoine, a été cause de sérieuses inquiétudes qui se sont dissépées beaucoup plus vite encore qu'on ne l'espérait. Toutefois, cette circonstance, qui aurait pu avoir de fâcheuses conséquences, ne doit pas passer inaperçue si on veut les éviter dans un cas semblable.

Aurions-nous donc mieux fait en mettant en pratique un procédé que nous avions conçu et qui manqua d'être mis à exécution, tant nous étions incertain de ce que nous devions faire, faute d'antécédents? Ce procédé eût consisté à traverser le pédicule avec une aiguille, armée de longs fils de soie, dans trois endroits et sur la même ligne, de manière à obtenir quatre divisions du pédicule, quatre ligatures séparées, comme nous en avions obtenu deux en passant une seule aiguille armée de deux fils de lin cirés. Mais, alors, c'eût été différent : les ligatures eussent été coupées très-près ; les divisions du pédicule, coupées également très-près de chaque ligature, et les fils de soie, qui ont la propriété de se transformer en matière animale, eussent été abandonnés aux propriétés absorbantes des vaisseaux chargés de ces fonctions. La plaie, dans ce dernier cas, se serait réunie par première intention, dans toute sa longueur.

Les réflexions qui précèdent nous paraissent suffisantes pour amener une discussion sérieuse sur un point de chirurgie, dont on ne peut contester l'opportunité et l'intérêt.

20. *Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes*; par le docteur C. Devilliers fils, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris, et le docteur J. Regnauld, professeur agrégé à la même Faculté,

---

(Suite : *voir* t. III, mars 1848, p. 137; t. IV, mai, p. 109.)
(Archives générales de Médecine, mai 1848.)

Hydropisies avec albuminurie (1). — L'histoire des hydropisies avec urines albumineuses chez les femmes enceintes se perd dans celle de la maladie particulière sur laquelle le docteur Bright a, l'un des premiers, attiré l'attention et publié des travaux si remarquables. Il faut arriver jusqu'à l'ouvrage de M. Rayer pour trouver une application directe à l'état de grossesse de l'étude de la néphrite albumineuse, maladie que cet observateur considéra, surtout au point de vue de l'influence que, comme d'autres affections rénales (néphrite simple, pyélite, etc.), elle pouvait exercer sur la mère et le fœtus. Il est singulier que le phénomène de la coagulabilité des urines, dans certaines hydropisies, phénomène déjà signalé avant Bright, par Cotugno, Cruiskhank, Wells et Blackall, n'ait pas attiré plus tôt l'attention des médecins chez les femmes enceintes, où les infiltrations séreuses se rencontrent si fréquemment. Mais depuis que l'on s'est occupé de cette question, un fait très-important dans l'histoire des hydropisies avec albuminurie a ouvert, il y a peu d'années, une nouvelle voie aux découvertes. Dans un mémoire sur les convulsions puerpérales, publié dans la 2e série de *London Guy's hospital reports* (avril 1843), le docteur Lever raconte, à l'occasion de la femme infiltrée qui fait le sujet de l'observation V, qu'elle offrait à un tel degré les apparences des sujets atteints de la maladie de Bright, que lui-même et deux autres de ses collègues furent frappés de l'idée qu'elle pouvait bien être réellement affectée de cette maladie : « Et c'est cette idée, ajoute l'auteur, qui nous engagea à examiner la nature de ses urines, qui, en effet, furent trouvées albumineuses. » A dater de cette époque, le docteur Lever ne manqua pas d'analyser les urines des femmes éclamptiques, et il y rencontra le précipité albumineux neuf fois sur dix cas. Il est probable qu'aucun observateur avant lui n'avait songé à établir de rapprochement

(1) La suite de ce travail expliquera suffisamment la préférence que nous accordons au terme *albuminurie*, quoiqu'il n'exprime qu'un symptôme. Le terme *maladie de Bright* s'applique plus spécialement, dans l'état actuel de la science, à des degrés particuliers d'altération organique des reins, tandis que celui de *néphrite albumineuse* implique l'idée d'une affection inflammatoire, ce qui est loin d'être démontré.

entre l'anasarque des femmes éclamptiques et celle qu'on rencontre chez les albuminuriques. C'est depuis la publication de ce mémoire, qu'en France on tenta quelques recherches sur le même objet. A l'époque où notre mémoire fut présenté à la Société médico-pratique (décembre 1846), nous ne connaissions que les travaux suivants, ayant trait directement à la question des hydropisies avec albuminurie chez les femmes enceintes. C'étaient les 10 observations du docteur Lever, les 4 appartenant à M. Rayer, le fait publié dans l'ouvrage de M. Martin-Solon sur l'albuminurie, 3 autres recueillis dans la thèse de M. Cahen, et dont un seul lui appartient, 1 observation de néphrite albumineuse avec éclampsie, par le docteur Bouchut (*Gazette médicale*, novembre 1846), les recherches sur la diathèse séreuse des femmes enceintes, consignées dans la Thèse de M. Tessier, et les recherches chimiques que le docteur Stuart-Cooper a faites sur les urines albumineuses (Thèses de Paris, 1846). Nous savions seulement que M. Rayer et M. le professeur P. Dubois, dans leurs leçons cliniques comme dans leurs recherches particulières, s'étaient occupés activement d'élucider quelques points de cette question. Lorsque nous entreprîmes nos recherches au commencement de 1845, afin de le faire avec un esprit dégagé de toute idée préconçue, nous prîmes le parti d'observer et de recueillir les faits sans trop nous préoccuper des travaux publiés avant nous. Ce n'est qu'après nous être formé une conviction, que nous appelâmes ceux-ci à notre aide, et qu'ils vinrent ajouter certains détails lumineux au tableau que nous avions tracé.

Lorsqu'on se livre à l'étude des hydropisies avec albuminurie chez les femmes enceintes, de nombreuses difficultés se présentent. On n'a plus, en effet, à décrire une maladie isolée et simple dans ses formes, on la trouve toujours unie aux affections si variées et quelquefois si bizarres qui sont les compagnes ordinaires de la gestation. Il faut qu'on ait constamment sous les yeux les troubles que l'on observe du côté des diverses fonctions dans ce dernier état. Aussi, afin d'estimer les symptômes à leur juste valeur, est-il nécessaire que le médecin soit familiarisé non-seulement avec les recherches indispensables à l'étude de l'albuminurie, mais avec les questions les plus importantes de l'art des accouchements.

Nous réunirons dans une même description les hydropisies avec albuminurie, soit simples, soit compliquées de convulsions puerpérales; ces dernières ne sont pour nous qu'une des conséquences de la maladie, et ne changent en rien ses formes. Nous

rappelerons aussi qu'afin de rendre notre cadre plus complet, nous avons dû y ajouter les faits, dans lesquels l'albuminurie ne s'est pas accompagnée d'anasarque.

Causes.—Causes prédisposantes. Parmi les nombreuses modifications que la grossesse apporte dans l'organisme, nous avons déjà cherché à démontrer, dans nos prolégomènes, que celles qu'elle imprime au sang doivent être considérées comme prédisposant aux épanchements séreux. Nous devons ajouter quelques mots touchant la composition du sang chez les femmes enceintes, dans les cas où l'hydropisie s'est accompagnée d'albuminurie. Nos analyses n'ont pu porter que sur le sang de 3 de nos malades, et les chiffres exprimant les rapports des différents éléments de ce liquide n'ont rien offert de bien remarquable, eu égard à l'état de grossesse, si on en excepte toutefois ceux de l'albuminurie, dont la quantité était considérablement diminuée (de 61,34 à 56,39) relativement aux poids que l'on trouve normalement chez les femmes enceintes (68,6 à 66, pour 1,000 parties). La proportion d'eau contenue dans le fluide nourricier avait, au contraire, subi chez nos 3 malades un accroissement assez notable (822,46 à 828,85, au lieu de 800,62, et 817,96).

C'est en vain que nous avons recherché, avec les soins les plus minutieux et d'après une méthode propre à en faire retrouver des quantités pondérables très-faibles, l'urée que plusieurs médecins anglais (Christison, Bostock, Gregory, etc.) ont signalée dans le sang des albuminuriques. Cette différence dans les résultats s'explique par ce fait, que les médecins anglais agissaient dans des cas où les altérations organiques étaient profondes, et où la perturbation des fonctions devait être beaucoup plus prononcée que dans les circonstances où nous nous sommes trouvés.

Tout ce que nous pouvons conclure, quant à présent, des résultats d'un si petit nombre d'analyses, c'est que la déperdition d'albumine par la sécrétion urinaire retentit fortement sur la composition du sang; que la soustraction de ce principe immédiat a, comme nous l'avons indiqué dans nos prolégomènes, un haut degré d'importance au point de vue de l'étiologie des hydropisies, et doit exercer sur tout l'organisme une influence perturbatrice plus ou moins profonde.

Les considérations que l'on peut tirer de l'âge des malades, comme cause prédisposante, offrent peu d'intérêt. Il suffit de noter que nous avons observé des hydropisies avec albuminurie entre les deux âges extrêmes, 17 et 38 ans, et plus fréquemment entre 17 et 30 qu'au-dessus.

Le tempérament fournit des indications plus importantes. Presque tous les malades que nous avons eues sous les yeux présentaient les caractères du tempérament lymphatique, plus ou moins associé avec le nerveux ; fort peu d'entre elles offraient un tempérament sanguin. Cette remarque pourra surprendre quelques personnes, lorsque, plus loin, elles verront les convulsions puerpérales liées assez intimement à l'albuminurie, et lorsqu'elles se rappeleront que la plupart des accoucheurs ont désigné le tempérament sanguin comme spécial, pour ainsi dire, aux femmes éclamptiques. Ces auteurs, nous devons le croire, ont confondu avec le caractère du dernier tempérament cette apparence extérieure, que la pléthore donne souvent aux femmes enceintes.

On pourrait croire que les femmes d'une santé délicate, altérée, sont plus exposées que les autres à contracter les hydropisies avec albuminurie. Loin de là; beaucoup d'entre nos malades, et de celles dont l'histoire est rapportée par les auteurs, étaient des femmes d'une bonne santé habituelle, quelquelois même d'une constitution robuste. Nous devons ajouter néanmoins que cinq femmes sur vingt étaient atteintes de déformations du système osseux, soit par rachitisme, soit par ostéomalaxie, maladies considérées par quelques médecins comme des prédispositions, ce qui nous paraît douteux. Il est beaucoup plus probable que les affections organiques du cœur, des poumons, du foie, qui se rencontrent chez les rachitiques, ont, ainsi que chez les femmes bien conformées, une certaine influence comme cause prédisposante. Nous en citerons des exemples dans les obs. V et XI. Mais cette influence s'exerce beaucoup plus sur le phénomène de l'hydropisie que sur celui de l'albuminurie. Nous avons vu bon nombre de femmes atteintes des affections organiques indiquées plus haut ne jamais offrir d'urines albumineuses.

A l'occasion des maladies antérieures à la grossesse, voici un fait digne d'attention. L'hydropisie avec albuminurie prédispose assez souvent, mais non toujours, à la reproduction de cette même affection dans la grossesse ou dans une des grossesses suivantes, sans que ce soit nécessairement dans celle qui est la plus prochaine. En voici un exemple :

Obs. I (1). — Mal..., 33 ans, tempérament lymphatique, arrivée au cinquième mois et demi d'une première grossesse, était

(1) Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de reproduire, faute d'espace, les observations *in extenso*, le lecteur n'en trouvera ici que les détails les plus importants. Les développements donnés dans le cours de cette partie du mémoire suppléeront à ce qui pourra paraître incomplet.

fortement infiltrée lorsqu'elle fut prise de convulsions puerpérales. Vingt-cinq attaques d'éclampsie eurent lieu avant l'avortement. Le fœtus était mort et offrait déjà des traces de décomposition. Les suites de couches furent heureuses. Mal... redevint enceinte peu de temps après, et cette nouvelle grossesse et l'accouchement qui arriva au terme régulier se passèrent sans le moindre accident.

Un an après, nouvelle grossesse, dans le dernier mois de laquelle apparaît une légère infiltration des jambes. Au huitième mois, plusieurs attaques d'éclampsie dans l'espace d'une nuit. Urines un peu bistres, rougeâtres (phénomène qui, au dire de la malade, s'est montré dès les premiers mois de sa grossesse) ; elles donnent en outre un précipité très-abondant d'albumine qui diminue d'une manière sensible les jours suivants. Quatre jours après les attaques convulsives, accouchement spontané d'un enfant vivant. Hémorrhagie assez abondante après la délivrance. Trente-six heures se sont à peine écoulées que la malade est prise de tous les symptômes d'une fièvre puerpérale très-grave, à laquelle elle succombe le surlendemain. Les saignées générale et locale, les bains de vapeurs, les lavements laudanisés, avaient été mis en usage.

A l'autopsie, trace de péritonite aiguë avec liquide séro-purulent assez abondant dans la cavité du péritoine ; coloration un peu brunâtre des reins à leur bord convexe ; substance corticale un peu pâle sans hypertrophie ; injection vive du bassinet et de l'uretère droit.—Rein droit pesant 135 gram., rein gauche 150.

Il nous paraît certain que l'état de primiparité constitue une cause assez puissante de la maladie qui nous occupe. Peut-être doit-on l'attribuer à l'impression vive, aux modifications nouvelles, que la grossesse apporte dans l'organisme. Quoi qu'il en soit, la plupart des femmes observées par nous et par les auteurs que nous avons cités étaient enceintes pour la première fois.

Causes occasionnelles.— Les médecins, qui se sont le plus occupés de recherches sur la maladie de Bright, ont noté comme très-fréquente, parmi les causes occasionnelles, l'influence des vicissitudes atmophériques, de l'humidité, du froid, le corps étant en sueur, etc. Malgré notre attention dirigée sur ce point, nous n'avons pas constaté une seule fois l'existence de ces diverses causes, et la même remarque a été faite par le docteur Lever et M. Cahen. M. Rayer cependant leur accorde une assez grande importance. La suite de ce travail montrera pourquoi nous ne partageons pas entièrement son avis à cet égard.

La profession des femmes soumises à notre observation ne

nous a rien offert de particulier à noter, si ce n'est sous le rapport de l'hydropisie, qui peut subir, de la part de la station ou du mouvement, des modifications analogues à celles que nous avons déjà étudiées à l'occasion des œdèmes.

Les mauvaises conditions du régime alimentaire peuvent avoir eu quelque influence sur le développement de la maladie, mais nous avons vainement cherché dans l'abus des liqueurs alcooliques cette cause si souvent invoquée par les auteurs anglais. Il est très-probable pour nous que les affections morales tristes exercent sur l'organisme une action qui favorise le développement de l'hydropisie avec albuminurie. La plupart des femmes que nous avons vues, soit en ville, soit dans les hôpitaux, avaient été frappées par le chagrin.

Quelques auteurs, ceux surtout qui ont considéré l'abuminurie comme dépendant d'une affection rénale, ont prétendu expliquer le développement de celle-ci par la compression que l'utérus en gestation exerce soit sur les uretères, soit sur les veines émulgentes, soit sur les reins eux-mêmes. M. Rayer le premier, et après lui, MM. Robinson (*Inquiry into the nat. and path. of granular disease*) et Lever (mémoire cité), ont comparé dans ce cas l'action de l'utérus à celle des tumeurs de diverse nature, que l'on a vues gêner le retour du sang dans les vaisseaux du rein et produire une stase ou une congestion sanguine de cet organe. Nous ne voulons pas nier le fait ; mais nous pensons que cette opinion est fort sujette à discussion relativement à la grossesse. Il est certain, d'une part, que dans cet état l'utérus arrivé à un certain degré de développement devrait, chez la plupart des femmes, produire sur les reins les effets auxquels on attribue le passage de l'albumine, maladie heureusement fort rare ; et, d'autre part, que l'albuminurie se montre parfois avant que l'utérus ait acquis un volume propre à exercer la compression et la gêne que l'on signale. Il n'en est pas de même, nous l'avons déjà dit, de l'action que le développement de l'organe gestateur peut exercer sur l'infiltration séreuse des parties inférieures du corps.

Il nous reste à examiner si les maladies concomitantes de la grossesse ou développées par elle peuvent avoir quelque influence sur l'apparition de l'hydropisie avec albuminurie. Outre les affections des organes de la circulation et de la respiration, il est possible que la pléthore des femmes enceintes ait cette influence ; mais on ne doit rien affirmer à cet égard, tant la pléthore est commune et tant, au contraire, l'albuminurie est rare. Une classe particulière de maladies semble, selon les auteurs, dominer toutes

les autres comme cause de l'hydropisie avec albuminurie ; nous voulons parler des maladies organiques, désignées sous les noms de dégénérescence granuleuse des reins par Bright, et de néphrite albumineuse par M. Rayer. Nous espérons pouvoir établir plus loin quelle valeur on doit accorder à cette opinion.

Enfin, et pour ne rien omettre, les divers modes de présentation du fœtus ne paraissent avoir d'autre action que celle dont nous avons cherché à nous rendre compte en faisant l'histoire des œdèmes simples.

Symptômes.—Dans l'étude des symptômes de l'hydropisie avec albuminurie chez les femmes enceintes, il devient nécessaire, en considérant la question au point de vue de l'hydropisie surtout, d'établir trois divisions : la première contiendra la description de la marche et des caractères de l'infiltration séreuse ; la seconde, celle de l'écoulement albumineux ; la troisième renfermera tout ce qui regarde les autres troubles fonctionnels.

La maladie peut affecter les deux marches aiguë et chronique. Nous avons cependant observé dans un certain nombre de cas cette variété signalée par M. Rayer, et dans laquelle elle a une forme chronique, quoiqu'elle s'accompagne des lésions de l'état aigu. C'est, selon nous, un des traits distinctifs de la maladie dont nous nous occupons. Mais comme sa marche, quelle qu'elle soit, ne semble guère avoir d'influence sur ses terminaisons et ses conséquences, nous avons pensé qu'une description séparée de ses diverses formes serait sans utilité pratique, et nous les avons confondues en une seule.

Hydropisie. — Signes précurseurs. On remarque parfois, chez les femmes atteintes d'hydropisie avec albuminurie pendant la grossesse, certains signes précurseurs, tels que malaises, frissons, engourdissements. lipothymies, Ces accidents, qu'elles n'avaient éprouvés dans aucune de leurs grossesses antérieures, s'amendent ou disparaissent dès que l'infiltration est établie, mais sont loin d'être constants ; et d'ailleurs nous les avons déjà rencontrés au début de certains œdèmes simples; enfin, ils s'observent chez beaucoup de femmes grosses qui n'offrent ni infiltration ni urines albumineuses. Ajouterons-nous que bon nombre de femmes, soit par défaut d'attention ou d'intelligence, soit parce qu'elles ont rapporté leurs malaises à l'état même de grossesse, sont incapables de fournir des renseignements propres à éclairer les recherches. Nous avons cependant trouvé des sujets intelligents, habitués à s'observer, qui ont affirmé n'avoir à aucune époque éprouvé le moindre malaise et ne s'être aperçus que de l'invasion lente et graduelle de l'hydropisie.

Invasion et marche. — 1° *Pendant la grossesse.* Il est nécessaire de rappeler d'abord que l'albuminurie peut, chez quelques femmes enceintes, ne s'accompagner d'aucune infiltration séreuse appréciable. Cela a lieu surtout lorsque le premier de ces phénomènes se montre inopinément près du terme, et que l'accouchement s'effectue avant sans doute que la maladie ait pu faire des progrès suffisants. Nous allons rapporter deux exemples de cette variété, et nous pourrions en citer un certain nombre d'autres.

Obs. II. — Chev., 24 ans, primipare, ne porte aucune trace d'infiltration à la surface du corps. Elle est au sixième mois de sa grossesse. Travail commencé, incisions sur les bords rigides de l'orifice, huit attaques d'éclampsie avant l'accouchement, qui a lieu spontanément, et quatre autres attaques après la délivrance. Enfant mort. Urines fortement albumineuses, ainsi que les jours suivants (et jusqu'à la mort). Le lendemain, tension et sensibilité vive de l'abdomen ; pouls très-fréquent, 120-125. La malade a retrouvé connaissance. 3e *jour.* Mêmes symptômes, puis nausées ; facultés intellectuelles presque éteintes. Suppression totale de l'écoulement lochial. Mort. (Le traitement a consisté en saignées générales et locales, calomel à l'intérieur, application d'onguent napolitain sur l'abdomen.)

Autopsie. — Pâleur du péritoine dont la cavité contient une assez grande quantité de sérosité trouble, avec des flocons albumineux. Point d'adhérences. Congestion sanguine vive du tissu cellulaire du petit bassin, des annexes de l'utérus et de cet organe lui-même, qui offre des traces évidentes d'apoplexie. Les sinus veineux sont remplis d'un sang noir et coagulé ; une couche sanguine de même nature existe entre la surface externe de l'organe et le péritoine. Reins volumineux, pesant 157 et 178 grammes ; surface externe congestionnée d'un rouge vif. Substance corticale résistante et très-peu épaisse. Substance tubuleuse, injectée surtout à la circonférence des pyramides. Résistance générale de ces tissus. Foie très-volumineux ; sa substance est dure, jaunâtre et anémique.

Obs. III. — Pet., 17 ans, primipare; tempérament lymphatique, constitution robuste; à terme d'une grossesse dans laquelle elle n'a éprouvé aucun malaise, nulle trace d'œdème. Première attaque d'éclampsie au moment où la tête de l'enfant fait bomber le périnée. On termine l'accouchement par une application de forceps. Durée totale du travail, 14 heures et demie ; enfant fort et vivace. Quinze attaques se succèdent pendant les six heures suivantes. Urine très-colorée et fortement albumineuse. A la

suite des attaques, la malade reste plongée dans un état comateux profond. Respiration stertoreuse ; contraction des pupilles, insensibilité générale, résolution des membres. Même état le lendemain. Urine donnant un précipité albumineux moins abondant. Mort vingt-neuf heures après l'accouchement.

Autopsie.—Injection superficielle des hémisphères cérébraux. Du reste, substance cérébrale à l'état normal. Foie assez volumineux ; sa substance est fort résistante et offre une teinte générale jaunâtre. Reins : très-légère injection à la surface ; substance corticale un peu jaunâtre du côté droit ; l'injection est plus vive dans toutes les parties du rein gauche, qui contraste par sa teinte rosée avec l'autre. Celui-ci pèse 145 gram., le gauche 173.

Lorsque l'hydropisie se développe, elle apparaît à des époques très-diverses. Tantôt nous l'avons vue commencer avec la grossesse (obs. VII), tantôt vers le 3e ou 4e mois (obs. XVII), vers le 5e (obs. XVI, XV), le 6e (obs , V , X, XIII, XIV), le 7e (obs. IV) ; tantôt enfin vers le 9e mois (obs. IX, VIII, XVI, XVIII). M. Rayer l'a vue se montrer à 3 mois 1/2 et 4 mois 1/2, M. Lever au 9e mois, M. Cahen à la fin du 6e et du 7e 1/2, M. Bouchut au 8e mois, etc. C'est donc principalement dans les quatre derniers mois de la grossesse qu'on observe la formation de l'épanchement séreux.

Chez un petit nombre de femmes, l'hydropisie a affecté une forme aiguë, s'est manifestée brusquement, atteignant en quelques jours un développement considérable, sans que cependant les autres symptômes offrissent un caractère plus aigu ou plus grave. Chez un beaucoup plus grand nombre, l'infiltration séreuse a suivi une marche chronique, s'est opérée d'une manière lente et graduelle. Nous avons observé qu'ordinairement elle débutait par les extrémités inférieures du corps, qu'elle y restait quelquefois confinée, mais que plus fréquemment elle gagnait les parties supérieures et la face.

Dans le premier cas, le précipité albumineux peut être tout aussi considérable que dans les autres, ainsi qu'on va le voir par l'observation suivante :

Obs. IV. — Jul..., 18 ans; tempérament lymphatique ; primipare ; malaise et un peu de fièvre pendant la grossesse, dit la malade ; elle est arrivée à terme, n'offrant qu'un médiocre degré d'infiltration depuis les malléoles jusqu'aux genoux. La veille de l'accouchement, urines fortement albumineuses. Accouchement naturel et spontané après 39 heures de douleurs. Enfant fort et vivace. — 2e *jour*. Diminution de l'œdème et de l'albumine. Le soir, début d'accidents puerpéraux. — 3e *jour*. Fièvre, céphalal-

gie, douleurs hypogastriques vives. Application de sangsues et de cataplasmes. Amélioration rapide de la santé ; diminution sensible de l'œdème et de l'albumine jusqu'au 14e *jour*.

Obs. V.— Vand..., 33 ans. Déformation rachitique de la colonne vertébrale ; quelques symptômes de phthisie au premier degré. La malade est au septième mois de sa première grossesse ; pendant le mois précédent, s'est développée aux jambes, aux mains, au bas du visage et aux paupières, une infiltration légère qui disparaît et reparaît alternativement et d'une manière irrégulière. La malade a éprouvé en outre et éprouve encore des épistaxis et une céphalalgie assez fréquente ; urines médiocrement chargées d'albumine. Une douzaine de jours avant l'accouchement, l'infiltration séreuse disparaît, mais le précipité albumineux persiste et augmente même aux approches du travail qui se déclare à la suite d'une troisième saignée, dirigée contre la céphalalgie devenue plus intense. Accouchement spontané d'un enfant petit et vivace. — Les 1er et 2e *jours*, légère infiltration des paupières ; elle disparaît les jours suivants, mais l'une offre encore quelques traces d'albumine. — Le 12e *jour*, état de la santé assez bon du reste.

Entre autres faits relatés dans cette dernière observation, on doit remarquer et les variations dans la disparition, et la réapparition de l'épanchement séreux, et le peu de volume qu'il offrait. Chez quelques femmes, en effet, il ne consiste qu'en un léger empâtement du tissu cellulaire ; chez les autres, il distend la peau au point de gêner considérablement les mouvements, et de faire ressembler les membres tuméfiés à ceux des individus atteints de l'éléphantiasis des Arabes. Cela a lieu surtout, comme on l'a fait observer dejà, lorsqu'il existe une affection concomitante des organes centraux de la respiration et de la circulation.

Quels que soient le siége et l'étendue de l'hydropisie, elle offre d'ailleurs tous les caractères extérieurs propres à ceux que nous avons décrits dans la première partie de ce travail, soit que la peau reste pâle, transparente, facilement dépressible, soit qu'elle conserve une teinte rosée, une légère sensibilité, une résistance plus grande à la pression. Il nous faudrait enfin, relativement aux variations que l'épanchement séreux éprouve aux parties inférieures du corps, par le fait de la station horizontale ou verticale, du développement et des inclinaisons de l'utérus, etc., répéter ici tout ce que nous avons dit à l'occasion des œdèmes simples. Nous nous contentons de citer un fait à l'appui.

Obs. VI. — Bres..., primipare ; grossesse traversée par quelques incommodités légères. Quatre ou cinq semaines avant le

terme, infiltration séreuse assez prononcée des extrémités inférieures et des mains. Celle des premières parties diminue et s'efface presque entièrement quelques jours avant l'accouchement. Celui-ci s'effectue d'une manière naturelle et spontanée après un travail assez long et pénible. Soixante et douze heures après environ, fièvre et turgescence mammaire ; excitation cérébrale, mais intelligence entière. Tout d'un coup, vers la quatre-vingt-quatrième heure, première attaque d'éclampsie, suivie de cinq ou six autres ; coma profond. Mort cinq heures après l'invasion des accidents.

Il existe cependant entre l'œdème simple et l'épanchement séreux avec albuminurie cette différence que, dans celle-ci les variations sont moins sensibles et plus rares ; ce qui tient sans doute à la persistance de la cause générale qui a présidé à la formation de l'effusion séreuse. Sous ce rapport donc, l'hydropisie avec albuminurie ressemble à celle que l'on rencontre chez les sujets atteints d'affections organiques du cœur. Nous devons ajouter toutefois que quelques autres phénomènes organiques, tels que l'accélération de la circulation, peuvent, outre ceux que nous avons déjà indiqués plus haut, faire varier d'une manière singulière le degré de l'infiltration.

Obs. VII. — Cast..., 22 ans ; tempérament lymphatique, nature molle. Primipare ; atteinte autrefois de fièvres intermittentes. L'infiltration séreuse a commencé dès le début de la grossesse, et des membres inférieurs s'est étendue aux supérieurs. Elle est si considérable au quatrième mois, que la malade ne peut marcher. En même temps, elle éprouve de nouveaux accès de fièvre intermittente tierce, pendant lesquels l'*anasarque augmente*, et la quantité de l'urine diminue ; douleurs à la région lombaire et à la base de la poitrine. Causes de cet état inconnues. Accouchement naturel et spontané à terme, après seize heures de douleurs. *Dix heures* après l'accouchement, urine renfermant une notable proportion d'albumine. — 2e *jour*. Léger accès fébrile le matin. Le soir, réapparition de la fièvre qui est plus vive ; urines plus fortement chargées d'albumine ; douleurs hypogastriques. (Sangsues.) — 3e *jour*. Même état, et de plus, douleurs lombaires et selles bilieuses. — 4e *jour*. Du mieux ; seins légèrement engorgés. L'anasarque a diminué graduellement, et le 6e *jour*, il n'en reste que quelques traces. — 7e *jour*. Accès fébrile complet ; albumine plus abondante que les jours précédents. — 10e *jour*. L'anasarque a disparu. La quantité d'albumine augmente pendant les accès intermittents qui vont en diminuant sous l'influence du sulfate de quinine. Le précipité albumineux devient cepen-

dant de moins en moins abondant, et la malade sort, malgré nous, en voie de guérison, le seizième jour après son accouchement.

L'espèce d'hydropisie, qui fait le sujet de ce chapitre, est enfin une de celles qui sont le plus susceptibles d'envahir les cavités splanchniques.

2° *Après l'accouchement.* — On peut établir, en règle générale, que, quelque considérable qu'ait été l'infiltration séreuse, quelle que soit l'époque à laquelle l'utérus se débarrasse du produit de la conception, quelle que puisse être l'issue de la maladie, l'infiltration s'efface d'une manière graduelle et même assez rapide après l'accouchement. Ainsi, nous l'avons vue chez certaines femmes disparaître dès le troisième jour. Chez une, il est vrai, elle avait été très-légère (obs. V) ; mais chez un autre (obs. XIV), elle avait été considérable. Dans d'autres cas, elle s'est effacée du cinquième au quatorzième jour (obs. X, IX, XIX, XIII, VII, XVII, XV et IV) ; chez deux autres femmes encore (obs. I et XI), elle avait diminué lorsque les malades moururent. Cependant chez celle de l'obs. XIX, après s'être effacée, l'infiltration reparut légèrement pendant les dernières heures qui précédèrent la mort, et chez la malade de l'obs. VIII, elle augmenta jusqu'à la terminaison fatale, qui eut lieu le cinquième jour. Les auteurs que nous avons déjà cités ont noté aussi la disparition de l'anasarque du quatrième au huitième jour. On peut donc établir, en règle générale, qu'après l'accouchement, la diminution et la disparition complète de l'anasarque ont lieu dans l'espace de trois à dix ou quinze jours, terme moyen, en six ou huit jours.

Il est aisé de reconnaître les traits de ressemblance que cette espèce d'hydropisie conserve avec celles que nous avons déjà étudiées, et on est naturellement porté à se demander si l'on ne doit pas retrouver pour elles des causes analogues de leur disparition, quelle que soit la différence qui les sépare, surtout sous le rapport de la gravité. La cessation des obstacles mécaniques à la circulation, le dégorgement produit par l'écoulement sanguin et les sécrétions des suites de couches, etc., sont certainement les causes les plus actives de cette disparition de l'hydropisie. On pourra s'étonner qu'il en soit ainsi dans une maladie qui est souvent liée, suivant beaucoup d'auteurs, à des lésions organiques ; le fait existe, et les détails dans lesquels nous nous proposons d'entrer plus loin le feront sans doute mieux interpréter.

Albuminurie. — Le caractère distinctif de l'espèce d'hydropisie, dont nous essayons de tracer l'histoire, est de s'accompagner du passage de l'albumine dans les urines, albumine qu'on y re-

trouve, à l'aide de procédés sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure en détail. C'est ce phénomène qui constitue l'albuminurie.

On doit le comprendre, nous n'avons pas à faire ici l'histoire générale de cette maladie. En nous bornant à l'étudier pendant l'état puerpéral, et dans ses rapports avec l'hydropisie, l'éclampsie, etc., notre tâche sera assez longue et assez difficile.

Établissons d'abord que dans le cas ordinaire, et en prenant les précautions convenables, nous n'avons jamais rencontré d'albumine dans l'urine des femmes enceintes ; et nos expérimentations ont porté sur un très-grand nombre de sujets. Nous devons ajouter que, lors même que nous ne nous sommes pas servis du cathétérisme, il nous a été impossible de retrouver ce produit organique dans l'urine des femmes atteintes de leucorrhée, accident fréquent pendant la grossesse. M. le docteur Becquerel avance cependant une opinion opposée (*Séméiotique des urines*). Il est vrai qu'il ne s'appuie que sur un seul fait. D'autres ont prétendu avoir souvent retrouvé de l'albumine dans l'urine des femmes nouvellement accouchées et en état normal. Nous avons des raisons légitimes de croire qu'ils n'ont pas usé des précautions nécessaires ; mais il ne faut pas oublier que l'on peut confondre avec la véritable albuminurie certains écoulements accidentels d'albumine, dépendant soit d'une sécrétion anormale de la vessie sous l'influence de la compression utérine, soit de l'application d'un vésicatoire, soit d'une affection typhoïde, etc.

Recherchons actuellement quelles sont les diverses phases que parcourt l'albuminurie pendant la grossesse.

On sait combien, dans toute espèce d'albuminurie, il est rare de voir naître l'écoulement albumineux. Cette remarque est surtout applicable à la grossesse, pendant laquelle l'œdème et les indispositions de toute nature sont si communs, que les femmes en général, et surtout celles de la classe peu aisée, les mettent sur le compte de leur état. D'ailleurs, dans les maisons d'accouchements comme celle où nous avons fait la plupart de nos recherches, les femmes ne sont guère reçues qu'à une époque avancée de la gestation ou au moment du travail de l'accouchement. Il ne nous a été permis qu'une seule fois de voir se développer sous nos yeux l'écoulement albumineux, malgré tous les soins que nous avons mis en usage.

Obs. VIII.— Cab., 33 ans ; tempérament lymphatique. Cinq accouchements à terme et spontanés. Un avortement à trois mois par accident. Depuis le troisième mois de la grossesse actuelle, lipothymies fréquentes, ce qui n'avait pas eu lieu dans les autres grossesses. Ces accidents cessent à la fin du huitième mois, mais

bientôt et au milieu d'un bon état de santé, on voit les membres inférieurs et le tronc jusqu'à la partie supérieure de la poitrine devenir le siége d'une anasarque qui, en une vingtaine de jours, devient considérable. Surviennent alors des douleurs d'estomac, puis de l'oppression, de la fièvre, des symptômes d'hydrothorax et d'hydropéricarde. Le travail de l'accouchement commence et pour la première fois après de nombreuses recherches, nous trouvons l'urine fortement albumineuse. La malade accouche spontanément et à terme de deux jumeaux, dont un est vivant et l'autre mort.— 2e *et* 3e *jours*. Oppression et fièvre toujours vives ; augmentation de l'anasarque qui a gagné les membres supérieurs; diminution sensible de l'albumine ; symptômes plus manifestes d'hydropéricarde. (Vésicatoire, diurétiques.) — 4e *jour*. Diminution de l'anasarque et de l'albumine. 5e *jour*. Agonie ; augmentation de l'anasarque et de l'albumine. Mort.

Autopsie. — Epanchement séreux assez considérable dans les cavités des plèvres et du péricarde. — Foie très-volumineux; sa substance est grisâtre et très-ramollie. — Reins volumineux. Granulations évidentes sur une partie de leur surface externe, avec teinte jaunâtre. Substance corticale pâle, surtout à sa partie superficielle. La substance tubuleuse offre, au contraire, une coloration lie de vin.

Dans les autres cas, l'albuminurie existait déjà, et chez une partie des malades le travail était commencé ou l'accouchement terminé, lorsqu'il nous fut permis de rechercher et de constater la présence de l'albumine dans l'urine. Néanmoins les détails fournis par la plupart de ces femmes sur les accidents de leur grossesse, et, dans plusieurs cas, le résultat des autopsies, ont pleinement justifié nos soupçons sur un état maladif antérieur à l'accouchement.

Il nous est donc impossible de préciser l'époque à laquelle l'écoulement albumineux commence à s'opérer ; il paraît certain, au reste, qu'elle est variable, et n'est pas toujours en relation avec celle du développement de l'infiltration séreuse. Aucun des observateurs cités n'a trouvé l'occasion de voir débuter l'albuminurie.

La quantité d'albumine perdue par les urines, quelle qu'ait été la gravité de l'affection, nous a souvent paru loin d'être en rapport avec l'étendue et le volume de l'anasarque. Nous avons seulement constaté qu'aux approches de l'accouchement, soit avant terme, soit à terme, cette quantité d'albumine était assez considérable ; que pendant le travail, elle augmentait d'une manière sensible chez toutes les femmes ; que, peu après l'accouche-

ment, elle restait assez abondante ; enfin que, sauf les cas compliqués d'affections consécutives graves, on la voyait diminuer graduellement chaque jour et disparaître vers le dixième ou le douzième. M. Bouchut l'a vue persister jusqu'au quinzième jour. Chez certaines femmes, le précipité albumineux diminuait en deux ou trois jours ; chez d'autres, il persistait pendant plus longtemps avec la même abondance. Cette promptitude remarquable de la disparition d'un symptôme aussi important, dans les cas de guérison, attirera plus loin notre attention d'une manière toute spéciale.

Telle était en somme la marche de l'écoulement albumineux, dans les cas les plus réguliers et les plus benins. Mais survenait-il, soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement, quelque trouble notable dans les fonctions circulatoires, une affection fébrile de quelque gravité, on voyait alors l'écoulement éprouver une augmentation ou une diminution en rapport direct avec l'augmentation ou la diminution des phénomènes observés. Cette fluctuation curieuse mérite que nous nous y arrêtions quelques instants. Chez la femme de l'observ. VII, atteinte d'une fièvre intermittente tierce, on pouvait constater aisément l'augmentation de l'albumine et la rareté des urines le jour même de l'accès. Nous avons noté la même augmentation de l'albumine pendant le travail de l'accouchement, et au début des fièvres puerpérales ou des autres affections graves (de la poitrine, du cerveau), surtout aux approches de la mort, même chez les malades dont les urines n'en contenaient que de faibles portions les jours précédents.

Obs. IX. — Marie Mat., 21 ans. Bonne constitution. Primipare. Accidents de la grossesse, bronchite et léger écoulement sanguin, suite de fatigue à trois et six mois. A la fin du huitième mois, œdème des extrémités inférieures et supérieures (surtout à droite) qui devient très-considérable près du terme. Douleur épigastrique, anorexie, pas de fièvre, urine très-chargée d'albumine la veille de l'accouchement. Celui-ci se termine en sept heures et demie d'une manière naturelle et spontanée. — 2e *et* 3e *jours*. Diminution notable de l'anasarque et de l'albumine. — 4e *jour*. Débuts d'une fièvre puerpérale avec des caractères graves. Altération du facies, douleurs hypogastriques, etc. (Sangsues, frictions mercurielles, calomel.) État de l'infiltration stationnaire, mais augmentation de l'albumine. — 5e *et* 6e *jours*. Aggravation des phénomènes puerpéraux, vomissements. Troubles des fonctions respiratoires. Il ne reste plus que des traces de l'anasarque, tandis que le précipité albumineux s'est accru dans des propor-

tions considérables. — 7e *jour*. Délire et agonie. Il n'y a plus d'infiltration, l'albumine est aussi abondante que la veille. Mort.

Autopsie. — Péritonite avec exsudation purulente, rougeur, fausses membranes. Du pus dans quelques vaisseaux lymphatiques des ligaments larges. — Foie. Substance décolorée, jaunâtre, apparence granitée. — Reins. Leur poids est à peu près normal, 131 et 133 grammes, et ils n'offrent dans leur substance qu'un peu de pâleur générale que l'on pourrait mettre sur le compte d'une altération cadavérique. (Voir aussi les observations II, VII, VIII, XVII, XVIII, etc.)

Nous ne parlons pas ici du mouvement fébrile qui accompagne la turgescence mammaire, dont l'influence sur l'albuminurie ne nous a pas frappés. Nous sommes donc portés à conclure de ce qui vient d'être dit, qu'en général toutes les causes morbides ou physiologiques qui accélèrent la circulation d'une manière remarquable produisent une augmentation de l'écoulement albumineux.

Il est, au contraire, un certain ordre d'accidents véritablement critiques, qui peuvent donner lieu à la disparition rapide de l'état albumineux des urines, ainsi qu'on va le voir dans l'observation suivante.

Obs. X. — Ichet., 25 ans. Tempérament lymphatique. Constitution robuste. Cinq accouchements à terme et spontanés. Dans la présente grossesse, malaises, diarrhée, quelques douleurs abdominales, infiltration séreuse des pieds, du bas des jambes, et passagèrement de la face dorsale des mains depuis le cinquième mois environ, phénomènes qui n'avaient eu lieu dans aucune des grossesses antérieures. Accouchement naturel et spontané à huit mois et demi. — 1er *jour*. Urine contenant une proportion assez considérable d'albumine. — 2e *jour*. Diminution de l'infiltration et de l'albumine. — 3e *jour*. Développement sur le tronc et les membres d'une éruption vésiculeuse abondante (herpès phlycténoïde) que la malade a vu se développer à la suite de ses autres accouchements et à la même époque. Pas de réaction fébrile prononcée. — 4e *jour*. Disparition de l'albumine. L'œdème s'est presque entièrement effacé. L'éruption a beaucoup augmenté. Fièvre. — 5e *et* 6e *jours*. Turgescence des seins, fièvre modérée. L'herpès continue sa marche ainsi que les jours suivants, et le 10e *jour*, viennent se mêler aux vésicules quelques pustules varioliformes. Quinze jours après, éruption de suette miliaire avec fièvre. Ces divers accidents se terminent d'une manière heureuse.

Il n'en est pas moins vrai qu'en général, lorsque l'on consta-

tera une augmentation notable et durable de l'albumine, on devra soupçonner, soit le développement des phénomènes du travail, soit l'apparition de nouveaux symptômes morbides, soit l'aggravation de ceux qui existaient déjà, soit une terminaison prochaine et funeste de la maladie, et on sera souvent autorisé à porter un fâcheux pronostic.

Telle est du moins la règle à laquelle nous n'avons trouvé qu'une seule exception, celle de la femme Petit (obs. III) ; chez elle, en effet, l'albumine diminua d'une manière très-sensible dès le lendemain de l'accouchement, jour où elle expira.

Quant à la persistance et à la réapparition de l'albumine, et des accidents qui l'accompagnent après les suites de couches, il nous paraît certain, d'après les renseignements obtenus sur l'état ultérieur des malades, que ce symptôme cesse complétement ou ne se reproduit le plus ordinairement que sous l'influence d'une nouvelle grossesse, mais non toujours de celle qui est la plus prochaine (obs. Ire, etc.).

---

21. *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel;* par le docteur G. Bernutz, ex-interne des hôpitaux.

(Archives générales de Médecine, juin 1848.)

Les anomalies nombreuses que présente le flux menstruel sont liées, les unes, aux troubles de la sécrétion elle-même, les autres, au contraire, aux difficultés de l'excrétion du produit sécrété. Ces deux ordres de faits pathologiques n'ont souvent de commun entre eux qu'un seul symptôme : aussi est-il de la plus grande importance de les distinguer pour pouvoir apprécier sainement les troubles morbides divers auxquels les malades sont en proie lorsque l'écoulement des règles n'a pas lieu. C'est pour arriver à cette distinction que je passerai en revue les diverses causes qui s'opposent à la libre excrétion du produit menstruel.

Mais, pour comprendre les troubles suscités par ces dysménorrhées, il me paraît nécessaire d'exposer rapidement les phénomènes physiologiques qui ont un rapport direct avec mon sujet.

Le premier phénomène de cette phlogose amoureuse, ainsi que l'appelait Le Cat, est constitué par une congestion active de tous les organes génitaux. Puis le corps frangé de la trompe vient embrasser d'une manière plus ou moins intime une partie de l'ovaire, parfois même s'unir à lui par une membrane mince et transparente. Bientôt la cavité des trompes est dilatée par un mucus plus ou moins sanguinolent, qui vient se mêler dans l'uté-

rus au sang exhalé par la surface de cette cavité, et s'écoule avec lui par le col entr'ouvert.

Il résulte de ces dispositions une indépendance plus ou moins complète de la cavité abdominale et des voies de la génération; entre celles-ci, au contraire, une communication plus facile qu'à toute autre époque. La nature avait en vue, d'une part, d'empêcher l'épanchement du flux cataménial dans le péritoine, et, de l'autre, de favoriser l'excrétion de ce liquide, qui sert pour ainsi dire de véhicule à l'ovule.

Si une de ces conditions vient à être défectueuse, il en résultera des troubles plus ou moins graves dans la santé de la femme. Les médecins se sont surtout préoccupés de la congestion dont tous ces organes devenaient le siége lors des règles. Ils voyaient, dans cette congestion physiologique, sinon le premier degré d'une inflammation, au moins un état qui en était tellement voisin qu'il suffisait, suivant eux, de la moindre cause pour que le développement d'une phlegmasie eût lieu. Je ne chercherai pas à mettre en doute le fréquent développement de phlegmasies dans ces circonstances ; mais je crois que, dans un assez grand nombre de cas, le phénomène primordial est la rétention du liquide excrémentitiel, dont la sécrétion continue d'avoir lieu, bien qu'il n'y en ait pas de traces extérieures. Si une phlegmasie survient, elle est bien souvent alors le résultat de l'action produite par le liquide retenu et de la réaction des organes qui tendent à l'expulser : ce n'est pas alors à la phlegmasie elle-même, mais à la rétention menstruelle, que doivent se rapporter les premiers symptômes.

Qu'on réfléchisse bien, en effet, aux conséquences qu'aurait l'interruption brusque du flux cataménial par l'interposition d'un obstacle au col de l'utérus. Aussitôt que le flux ne peut plus s'écouler, si la sécrétion continue, il y aura bientôt réplétion des cavités sécrétantes. Alors apparaîtront des phénomènes peu tranchés d'abord, qui auront la plus grande analogie avec ceux d'une congestion utérine, qu'on suppose dans ces circonstances être la cause des accidents. Il suffira du rétablissement du flux périodique pour dissiper tous les phénomènes morbides.

Si l'excrétion est toujours empêchée, le liquide sécrété s'accumulera de plus en plus dans les cavités sécrétantes; il y aura bientôt une distension plus ou moins considérable de ces organes. L'utérus, par l'épaisseur, par la contractilité de ses parois, résistera en partie à la distension, le liquide viendra se rendre dans la cavité, résultant de l'ampliation de la trompe et du corps frangé, incapable de réaction suffisante. Cette seconde période

de la rétention du flux menstruel donnera lieu à des symptômes qui auront beaucoup de ressemblance avec ceux des phlegmons des ligaments larges. Ces accidents disparaîtront encore lorsque les règles commenceront à pouvoir s'écouler au dehors ; mais, le plus souvent, cette distension aura engendré des altérations secondaires qui exigeront plus ou moins de temps pour disparaître complétement.

Que la distension soit portée plus loin, ou bien que la trompe et l'ovaire n'aient entre eux que des rapports moins intimes, le liquide cataménial s'épanchera dans le ventre. Cet épanchement plus ou moins considérable donnera lieu à une péritonite, qui, le plus souvent, restera partielle, mais qui, une fois développée, peut envahir toute la séreuse. Dans cette troisième période, l'apparition extérieure des règles ne peut plus, on le conçoit, faire disparaître les accidents. Il y a là un élément de plus qui, tant qu'il persiste, entrave l'effort nécessaire à l'expulsion du sang menstruel.

Tels sont, pour ainsi dire, les trois degrés de la période aiguë de l'aménorrhée par rétention :

1° Réplétion des cavités sécrétantes ;

2° Distension et réaction de ces cavités ;

3° Solution de continuité ; passage dans l'abdomen du liquide qui distendait ces organes.

Mais, au bout d'un certain temps, l'orgasme diminue : alors se développe une nouvelle série de phénomènes, due aux changements pathologiques qui surviennent et dans les liquides et dans les cavités qui les contiennent. Des différentes affections qui apparaissent alors, les unes, concrétions sanguines, hydropisies de la matrice et des trompes, sont les résultats immédiats de la rétention ; les autres, métrites, phlegmons des ligaments larges et des fosses iliaques, sont les conséquences médiates de ces rétentions. Le *retentum* joue seulement le rôle d'épine dans le développement de ces phlegmasies que je ne fais qu'indiquer ici.

Je me suis déjà trop étendu sur les raisons qui pouvaient faire admettre *a priori* l'étiologie que je propose. Ce mécanisme est déjà admis en partie, mais seulement pour certains faits spéciaux. La conformité des symptômes observés dans ces cas, où la rétention dépendait d'une disposition congéniale ou d'une cicatrice du col utérin, et dans ceux où la rétention tenait à une autre cause, confirme l'interprétation contre laquelle on a voulu surtout nous mettre en garde. Aussi n'est-ce pas *a priori* que j'y suis arrivé ; il a fallu qu'un hasard malheureux me fît voir un caillot sanguin, se continuant depuis le fond du bassin jusqu'au

col de l'utérus perméable, pour me faire admettre qu'il y avait d'autres aménorrhées par rétention que celles qu'on indique généralement.

Voici le fait qui a servi, pour ainsi dire, de point de départ à ce travail ; aussi je crois devoir le rapporter avec tous ses détails, et le faire suivre des réflexions qui autorisent l'interprétation que je lui donne :

Manifestation des premiers accidents le jour où les règles jusqu'alors régulières ne paraissent pas. Exacerbation des accidents survenant à chacune des quatre époques suivantes où l'excrétion menstruelle devrait avoir lieu. Péritonite mortelle. Altérations récentes et anciennes du péritoine. Tumeur formée par l'utérus hypertrophié, par les trompes dilatées adhérentes aux ovaires, par la fin de l'intestin grêle, l'S iliaque réunis entre eux par des adhérences. Sang liquide dans l'utérus et la trompe droite. Sang liquide et caillots anciens dans la trompe gauche. Caillot sanguin très-considérable dans la cavité pelvienne.

Obs. I. — Le 13 août 1844, fut apportée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Piedagnel, salle Sainte-Marie, n° 18, Bavoux (Françoise), âgée de 40 ans, demeurant rue de la Roquette. Cette femme, d'une stature moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a toujours été d'une faible constitution, sans avoir éprouvé cependant d'autre maladie sérieuse que celle qui l'amène à l'hôpital. Réglée à 17 ans, elle l'a toujours été régulièrement ; l'époque menstruelle revenait toutes les trois semaines ; le flux, d'une abondance moyenne, ne durait que trois jours. Elle a été 7 fois enceinte ; dans chacune des 5 premières grossesses, elle crut devoir se faire saigner. Elle le fut à des époques différentes : 2e mois 3e 4e et 5e (*bis.*) Dans chacune de ces grossesses, bien que la saignée n'ait point paru avoir d'influence funeste, au moins immédiatement, elle accoucha avant terme. Chaque fois, l'avortement eut lieu entre le 6e et le 7e mois. Dans les 2 dernières grossesses, elle ne se fit pas saigner ; l'accouchement eut lieu à terme.

Le premier fut heureux ainsi que les suites de couches. Il n'en fut pas de même pour le dernier, qui, après une grossesse pénible, fut long, et dut être terminé par une version de l'enfant (28 mai 1841). La malade se rétablit promptement ; elle put allaiter cet enfant, comme elle avait fait pour le précédent.

Depuis cette époque, la santé fut assez bonne, les menstruations régulières avaient lieu presque sans douleur. Elle attribue sa maladie aux longues courses qu'elle fut, le printemps dernier,

obligée de faire dans Paris, chargée de lourds fardeaux. Depuis cette époque, elle éprouvait continuellement un sentiment de fatigue générale, sans qu'elle puisse indiquer aucun autre symptôme morbide.

Le 2 juin, l'écoulement menstruel attendu ne parut pas ; les jours suivants, la malade ressentit dans le bas-ventre des douleurs assez vives, qui, d'après les renseignements qu'elle nous fournit, se portaient déjà de la région lombaire vers la matrice, et qu'elle compare aux douleurs de l'enfantement. Les douleurs perdirent au bout de quelques jours un peu de leur violence ; elles persistèrent cependant avec un caractère toujours bien tranché jusqu'à la fin du mois, où elles reprirent leur première violence.

Dans les premiers jours de juillet, aux douleurs expulsives vinrent se joindre de nouvelles douleurs très-vives, occupant tout l'abdomen, mais ayant leur maximum d'intensité vers le fondement, et qui, suivant la malade, étaient les mêmes que celles qu'elle éprouva dans les derniers jours de sa vie. Elle était en même temps en proie à des nausées, des vomissements, et à une réaction fébrile bien marquée. Le médecin qui la vit fit appliquer deux fois des sangsues à l'anus et des vésicatoires sur les fosses iliaques. A cette médication succéda une amélioration assez marquée ; mais, comme les douleurs expulsives persistaient, on fit prendre à la malade des bains répétés qu'on renouvela tous les jours, dans une exacerbation que présentèrent ces douleurs vers le 20 juillet.

Elle était dans un bain, lorsque ce jour-là, après une douleur plus violente, elle expulsa un caillot membraneux (comme un morceau de peau, dit la malade) qui fut suivi d'un écoulement sanguin peu abondant. Depuis cette époque, elle a rendu sans cesse une petite quantité de sang mêlé à des matières sanieuses. Elle compare cet écoulement à celui qui avait lieu ordinairement le dernier jour de ses règles. La quantité excrétée était plus considérable lorsqu'elle s'était fatiguée. Cette augmentation de l'excrétion était liée à des douleurs expulsives qui se renouvelaient au moindre mouvement, mais qui étaient habituellement moins vives qu'avant le 20 juillet.

Aussi depuis cette époque, la malade a commencé à pouvoir se lever et s'occuper un peu de son ménage. Mais l'état général ne s'améliora pas, l'amaigrissement fit des progrès, et la fièvre légère qu'elle éprouvait eut des redoublements plus marqués. Depuis quelques jours, les douleurs amendées ont repris une nouvelle intensité. C'est cette nouvelle recrudescence d'accidents qui l'a décidée à venir à l'hôpital, où elle présente l'état suivant.

Le 16 août. Maigreur très-prononcée ; face pâle , anxieuse ; l'intelligence bien conservée, mémoire très-précise, pressentiments funestes. Appétit presque nul, soif modérée ; ni nausées ni vomissements ; deux selles peu abondantes liquides, qui, au moment de leur émission, n'ont déterminé vers l'anus que des douleurs modérées ; pression de la région lombaire indolente ; urine normale rendue en petite quantité chaque fois sans douleur. Abdomen d'un volume normal supérieurement, saillant dans sa partie inférieure, où existe une tension manifeste, plus marquée encore dans les deux fosses iliaques qui conservent les traces de vésicatoires. La pression de cette partie inférieure est très-douloureuse ; cependant on peut en déprimer les parois de manière à examiner assez bien la tumeur qui l'occupe. La pression de la tumeur elle-même est excessivement pénible, parce qu'elle fait renaître et renouveler d'une manière presque continue les douleurs qui, de la région lombaire, se portent vers l'utérus, et qui apparaissent aussi spontanément, et sont caractérisées par leur intermittence et les moments de calme qu'elles laissent entre chacune d'elles. Aussi pour la malade, elles représentent d'une manière frappante les dernières douleurs de l'accouchement. La pression de la tumeur augmente encore la souffrance continue qu'elle ressent vers le fondement, et qu'elle ne peut caractériser, bien qu'elle soit plus insupportable que la douleur utérine.

La tumeur occupe toute la partie inférieure du ventre ; elle paraît composée de trois parties distinctes, dont l'une gauche, arrondie supérieurement, remonte à 2 pouces au-dessus du ligament de Fallope ; l'autre droite, à sommet également arrondi, ne dépasse que de 1 pouce le ligament correspondant, et dont la troisième partie médiane, réunissant entre elles les deux précédentes, paraît se terminer par une surface plane située à un travers de doigt au-dessus du pubis.

Ces tumeurs, fortement tendues, n'offrent pas de fluctuation manifeste, soit par l'exploration extérieure, soit en combinant la pression extérieure et le toucher. Le doigt, après avoir déprimé les plis considérables que forme la muqueuse vaginale, trouve le col situé très-bas à une faible distance du pubis. Le col présente le volume et la forme de la grosse extrémité d'un œuf de poule ; ses lèvres grosses, saillantes, surtout l'inférieure, s'écartent l'une de l'autre, de manière à permettre l'introduction de l'extrémité du doigt. Ecoulement continuel d'une petite quantité de sang rouge sans odeur spéciale.

L'utérus très-pesant forme une masse considérable, étroitement enclavée dans la position qu'il a prise. Le seul mouvement

qu'on puisse lui imprimer est un léger soulèvement qui se fait sentir dans toute l'étendue de la tumeur. L'exploration vaginale est très-pénible, parce qu'elle augmente les douleurs utérines et celles que la malade éprouve vers le fondement.

Fourmillements dans la partie supérieure des deux cuisses, plus intenses à gauche ; pouls normal, 72 ; température de la peau naturelle ; fréquentes bouffées de chaleur passagère ; refroidissement tous les soirs, surtout sensible aux extrémités. Prescription : *bouillon aux herbes, deux pots* ; *cataplasmes sur le ventre* ; *bain. Un cinquième d'aliments.*

Le 21, l'état général n'est pas sensiblement amélioré ; la figure de la malade est moins anxiée ; l'esprit plus tranquille. Douleurs utérines et rectales toujours très-vives, augmentant encore par la pression de la tumeur, par l'exploration vaginale ; fourmillements aussi marqués. La tumeur paraît avoir diminué de volume ; depuis trois jours, M. Piedagnel croit reconnaître de la fluctuation dans la partie gauche, tandis qu'elle ne peut être perçue ni dans la partie droite ni dans la partie moyenne, dont cependant la tension est moins marquée. Col utérin plus abaissé que lors du dernier examen, venant arc-bouter contre la face postérieure du pubis et présentant là une courbure à concavité supérieure. Écoulement sanguin plus considérable depuis ces jours derniers. Fonctions digestives normales ; les nausées qu'elle éprouvait hier ont cessé. Trois selles liquides, rendues assez facilement, dont l'excrétion a été peu douloureuse. Miction fréquente sans ténesmes vésicaux. Pouls normal, chaleur de la peau naturelle ; mais les bouffées de chaleur, le frisson du soir, existent toujours. Même prescription : *deux cinquièmes.*

Le 16, l'état général reste le même. Les douleurs de la malade sont aussi vives, seulement les douleurs utérines spontanées reviennent moins souvent depuis que l'écoulement augmente de jour en jour. La tumeur a sensiblement diminué de volume, les deux parties latérales moins tendues offrent une fluctuation manifeste ; mais on ne peut en constater dans la partie moyenne. Le col utérin, arc-bouté contre le pubis, offre une antéflexion très-marquée ; sa dilatation est telle, qu'elle permet l'introduction de la première phlalange de l'index presque entière. Les fonctions digestives s'exécutent bien. Deux selles normales, dont l'excrétion n'a déterminé que des douleurs modérées. Pouls, 72 ; température de la peau naturelle. Prescription : *orge*, *cataplasmes* ; *deux cinquièmes.*

Le 27, la malade, à la suite de l'examen d'hier, a éprouvé pendant quelques heures des douleurs beaucoup plus violentes

que les jours précédents ; mais elles se sont calmées dans la soirée. On ne trouve aujourd'hui aucun changement notable, soit dans l'état général, soit dans celui de la tumeur. Pas de selle. Même prescription, à laquelle on ajoute un bain.

Depuis la visite, la malade n'avait rien éprouvé de particulier que l'excrétion très-pénible de matières fécales bien liées entre elles, lorsque, vers midi, elle éprouva tout à coup dans le bassin des douleurs très-violentes. Aucun frisson n'avait précédé la manifestation de ces douleurs, qui, limitées d'abord à la partie inférieure du ventre, se sont bientôt irradiées dans toute son étendue. Calmées un peu dans le bain, elles sont revenues intolérables, quand la malade a été replacée dans son lit, où elle présente le soir l'état suivant :

Facies grippé ; agitation continuelle, plaintes incessantes, désespoir de la malade, qui voit dans ces souffrances le retour des accidents qu'elle a éprouvés au mois de juillet. Abdomen peu tendu , assez souple même dans la partie inférieure où les douleurs sont atroces, et dont la moindre pression arrache des cris à la malade. Vomissements répétés de matières albumineuses, verdâtres ; respiration accélérée , pouls petit, serré, fréquent (abdominal). Prescription : 40 *sangsues sur le ventre, fomentations émollientes.* — L'application des sangsues n'a donné lieu qu'à une perte de sang peu considérable , qui cependant a un peu calmé les douleurs.

Ce matin, le facies est grippé, les yeux caves, la figure porte l'empreinte d'une anxiété et d'une douleur profondes. Pressentiments funestes. Décubitus variant à chaque instant, mais le plus souvent dorsal avec inclinaison latérale droite. Soif vive, langue rouge à son limbe ; nausées continuelles, vomissements répétés de même nature que ceux d'hier soir ; une selle peu copieuse présentant les mêmes caractères que celle d'hier ; ventre légèrement ballonné, tension médiocre dans la partie supérieure, assez considérable inférieurement. Sonoréité exagérée. Douleurs moins insupportables, mais encore très-violentes, occupant tout l'abdomen, augmentant par le moindre contact, les mouvements et les inspirations profondes. La défécation, survenue dans un effort de vomissement, n'a pas déterminé de vives douleurs vers le fondement. Les douleurs utérines sont à peine senties par la malade, soit qu'elles n'existent pas ou qu'elles se confondent dans les douleurs abdominales. Les tumeurs, qu'on ne peut examiner que très-superficiellement , paraissent être dans le même état qu'avant le développement de la péritonite. Urine peu abondante, foncée en couleur, rendue facilement. Respiration accélérée ,

pouls petit, serré, dur, 105-110; chaleur de la peau, sèche. Prescription : *limonade, glace pour étancher la soif; potion purgative avec huile de ricin, huiles d'amandes douces, sirop d'orange, de chaque, 30 grammes; 50 sangsues sur l'abdomen; cataplasmes; diète.*

Le 29, l'état de la malade a empiré; immobilité presque absolue; plaintes incessantes; facies très-mauvais; vomissements excessivement nombreux, rappelés par la moindre quantité de liquide ingéré pour apaiser la soif ardente; pas de selles; ballonnement de tout l'abdomen où se dessinent les anses intestinales distendues; douleurs excessives dans toute son étendue. Respiration très-précipitée : pouls petit, difficile à compter à cause de sa fréquence. Prescription : *limonade, tranches de citron; lavement purgatif; large vésicatoire couvrant tout l'abdomen.*

Le 30, affaissement général dont on ne peut qu'en partie tirer la malade; grognement continu; facies cadavérique; ballonnement extrême de l'abdomen; vomissements répétés hier pendant toute la journée; pas de selle. (*Même prescription. Réappliquer le vésicatoire qui n'a pris que par places disséminées. Mort à midi.*)

Autopsie quarante-six heures après la mort, temps chaud et sec. Le cadavre assez bien conservé présente seulement sur l'abdomen quelques plaques verdâtres. Le crâne, la colonne vertébrale, n'ont pas été ouverts.

Les plèvres contiennent peu de sérosité, elles sont saines, sans adhérences. Les poumons sains ne contiennent pas un tubercule. Le péricarde est sain. Le cœur petit est loin d'égaler le volume du poing du sujet. Les cavités droites contiennent seulement un petit caillot blanc, rosé, assez ferme, mais pas de sang liquide. Les cavités gauches ne contiennent pas non plus de sang liquide, elles renferment un caillot plus volumineux et plus ferme que celui des cavités droites; il est intriqué dans les colonnes charnues et les valvules qui sont saines, suffisantes. L'endocarde présente dans toute son étendue une rougeur assez vive due à une imbibition cadavérique. L'aorte ascendante contient un caillot ferme, dont le volume est inférieur au calibre du vaisseau avec lequel il n'a pas d'adhérences. Dans le reste de l'étendue de cette artère, ainsi que dans les artères iliaques, on trouve du sang liquide. Ces vaisseaux, ainsi que les hypogastriques et leurs divisions, que nous avons minutieusement disséqués, sont sains. Les veines caves, les iliaques, les hypogastriques, ont été examinées avec soin. Ces veines, remplies de sang liquide, nous ont paru être

aussi parfaitement saines. Les veines du rectum seules ont présenté quelque chose d'auormal, elles formaient des tumeurs hémorrhoïdaires.

L'abdomen présentait un ballonnement aussi considérable que pendant la vie. Le foie, la vésicule biliaire, la rate, sains d'ailleurs, présentent, ainsi que les intestins et même l'estomac, des adhérences au péritoine pariétal dans tous les points où il y avait contact. Cette adhérence très-faible ressemble à celle qu'on produirait par l'interposition d'une couche mince d'amidon récent. La moindre traction suffit pour désunir ces parties, et on voit sur chacune d'elles l'espèce de glu qui les unissait. Dans les parties déclives et dans les sinuosités que laissent entre elles les anses intestinales, on trouve un liquide d'un rouge brun sale, couleur de brique pilée. Ce liquide s'écoule facilement, sa quantité peut être évaluée à 1 1/2 litre.

Le péritoine pariétal correspondant à l'estomac présente des macules rouges qui tranchent sur la coloration ardoisée qu'il offre dans toute son étendue. Cette coloration est inférieurement d'un bleu foncé marbré de noir. La surface externe des intestins offre une coloration analogue ; elle est complétement mélanique dans les six derniers pouces de l'intestin grêle, le cœcum, l'S iliaque, qui entrent comme parties constituantes de la cloison solide qui sépare du reste de l'abdomen, le bassin, où le péritoine présentait des altérations que nous décrirons plus loin.

La cloison occupant tout le détroit supérieur est constitué par la vessie, l'utérus, deux tumeurs ovariques, l'S iliaque, la fin de l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice vermiculaire , qui, réunis entre eux par des adhérences solides, de manière à ne former qu'un tout , sont disposés de la manière suivante : sur la ligne médiane se trouve la vessie, petite, aplatie d'avant en arrière, séparée du pubis par du tissu cellulaire , infiltrée de sérosité jaunâtre. Derrière elle est l'utérus dévié de sa direction normale, de telle sorte que son bord gauche répond au plan de la symphyse pubienne, son bord droit à la symphyse sacro-iliaque correspondante. La partie moyenne du fond de l'utérus est recouverte par une partie de la tumeur ovarique droite, dont l'autre partie s'est interposée entre la branche horizontale du pubis et le cœcum qu'elle refoule en arrière. Sur la partie postérieure du fond de l'utérus est placée la fin de l'intestin grêle, qui est là comme étranglé par une bride assez lâche formée par l'appendice vermiculaire qui, après avoir recouvert la face antérieure, puis supérieure de cet intestin, vient, par son sommet, adhérer au mésentère. La face postérieure de l'utérus est en rapport dans sa

plus grande étendue avec la tumeur ovarique gauche, entre laquelle s'interpose en arrière l'S iliaque qui la sépare postérieurement de cette partie gauche du détroit, avec lequel elle est en rapport dans ses trois quarts antérieurs. La partie la plus reculée de la face postérieure de la matrice est adhérente à la fin de l'S iliaque qui a beaucoup dépassé à droite le corps des vertèbres, et qui présente d'ailleurs des adhérences nombreuses avec l'intestin grêle.

Tube digestif. Toutes les parties situées au-dessus de la portion de l'intestin grêle comprise dans les adhérences sont dilatées. Cette dilatation, marquée même dans la partie inférieure de l'œsophage, est extrême dans l'estomac tympanisé, très-considérable dans la partie supérieure de l'intestin grêle, puis elle diminue graduellement à mesure qu'on se rapproche du cœcum.

L'œsophage contient une certaine quantité de matières albumineuses jaunâtres, qu'on retrouve avec des gaz et des tranches de citron dans l'estomac; le duodénum renferme un liquide oléagineux, et l'intestin grêle des mucosités jaunâtres. La muqueuse de toutes ces parties, d'un gris-blanchâtre, présente les caractères normaux qui persistent même dans les parties comprises dans la tumeur. Il n'en est pas de même pour les autres tuniques interposées entre la muqueuse et le péritoine; normales dans l'estomac et la plus grande étendue de l'intestin grêle, ces tuniques présentent dans les parties adhérentes plus de 3 lignes d'épaisseur : elles sont là fermes, dures, comme fibreuses.

Le colon est sain, mais la fin de l'S iliaque et le rectum très-rétrécis, présentent, outre les altérations péritonéales que nous décrirons plus loin, un épaississement considérable de la musculeuse et des deux couches celluleuses voisines. Ces membranes forment par leur union une lame très-ferme et très-résistante, traversée par un grand nombre de vaisseaux plus considérables qu'à l'état normal. A ces vaisseaux, nombreux surtout dans la tunique sous-péritonéale, étaient accolées de petites masses sanguines, à chacune desquelles se rendaient une artériole et plusieurs veinules. Le nombre de ces tumeurs hémorrhoïdales augmentait d'autant plus dans chacune des tuniques rectales, qu'on se rapprochait plus de la muqueuse dans l'épaisseur de laquelle elles étaient surtout multipliées. Leur quantité était ainsi presque en sens inverse du nombre des vaisseaux. De ceux-ci, il n'était pas possible d'en suivre un seul dans le péritoine, et moins encore dans la lame cartilagineuse superposée.

Organes génitaux. L'utérus offre une augmentation considérable de volume et de poids qui tient à la dilatation de sa cavité,

mais surtout à l'épaississement de ses parois, triples au moins de ce qu'ils sont dans l'état de vacuité. L'hypertrophie est plus marquée encore dans le col, dont les parois fermes, blanchâtres, offrent une structure fibreuse d'une grande résistance. La pression des parois de ces cavités ne fait pas sourdre une quantité de sang notable, bien que cependant l'utérus contienne à peu près 1 once de sang, d'un rouge rutilant, accumulé dans cette partie de la cavité utérine attenant au col perméable dans toute son étendue.

Les deux tumeurs, auxquelles nous avons donné improprement le nom d'*ovariques*, présentent entre elles de nombreuses différences. La droite, plus élevée, placée plus en avant que la gauche, offre le volume d'un œuf de poule, La surface externe de cette tumeur, qui extérieurement paraît close, est d'un rouge-brun assez vif, et hérissée de villosités irrégulières. Mais quand on ouvre le kyste, on trouve qu'il communique, dans sa partie interne, avec la cavité utérine. Cette communication est constituée par la trompe de Fallope qui, dans l'épaisseur des parois utérines et au delà, dans une étendue de 6 lignes, offre un calibre tel, qu'il permet seulement l'introduction d'un stylet fin. Bientôt, cette trompe s'élargit rapidement pour constituer la poche anormale, dont une partie seulement est formée par la face antérieure de l'ovaire au pourtour de laquelle vient adhérer l'extrémité frangée du pavillon légèrement plissé sur lui-même. L'adhérence de ces deux parties est tellement solide, que des tractions amènent des déchirures du kyste plutôt que la désunion des deux organes. Elle contient un liquide qui, par sa couleur, ressemble à un mélange de sang et de pus, et quelques caillots brunâtres, ayant la consistance de gelée de groseille récente, tandis que la partie intra-utérine de la trompe contient du sang d'un rouge rutilant. La face interne de cette poche est hérissée de villosités assez longues d'un rouge-brun vif.

L'autre tumeur, beaucoup plus considérable, a le volume d'un gros œuf de dinde. La surface extérieure, couverte de fausses membranes bien organisées, est d'un rouge pâle; la cavité contient des caillots sanguins dont les uns sont récents, dont les autres, d'un petit volume, fibrineux, très-fermes, d'une teinte rouillée, pâle, sont anciens; ils nagent dans un liquide brun, sale, comme sanieux. Un stylet assez fin, introduit dans l'orifice utérin de la trompe gauche, vient faire saillie dans la cavité anormale. Ce conduit présente sa longueur normale; il est compris dans la paroi antérieure, puis inférieure du kyste dans lequel il vient s'ouvrir dans l'union du tiers moyen et du tiers

externe. Le calibre de la trompe n'offre de dilatation considérable que dans sa partie externe, où le corps frangé étalé vient former une partie de la poche. Celle-ci est constituée, d'autre part, par une grande partie du ligament large, par l'ovaire, par les fausses membranes qui unissent entre elles ces parties et celles-ci au péritoine pariétal, qui forme une assez grande étendue des parois du kyste. La surface interne est toute composée de fongosités brunâtres, très-longues, molles, qui s'arrachent avec la plus grande facilité. Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu trouver dans ces fausses membranes la communication de la poche avec la cavité abdominale.

La cavité pelvienne, rendue indépendante par les adhérences de tous les organes qui remplissent le détroit supérieur, constitue un nouveau kyste plus spacieux que les deux précédents. Sa base est formée par la face inférieure des tumeurs ovariques, des circonvolutions intestinales ; son sommet, par la réflexion du péritoine sur le rectum qui vient constituer une partie de la face postérieure de cette poche. Elle est divisée en deux parties inégales par une sorte de cloison incomplète, résultant en avant de la saillie du bord droit de l'utérus dévié ; résultant en arrière de la déviation du rectum très-fortement porté à droite. L'espace, que laissent entre eux ces deux organes indépendants l'un de l'autre, fait communiquer entre elles deux parties de la cavité dont chacune diffère de l'autre non-seulement par sa capacité, mais par son contenu. La partie droite ne contient qu'un liquide d'un rouge-brique assez clair, tandis que la gauche renferme un gros caillot sanguin ayant la forme d'un cône tronqué qui aurait à peu près 3 pouces de hauteur, 1 pouce de diamètre à sa base, 1/2 à son sommet qui est inférieur. Ce caillot ferme, solide, peut être serré assez fortement sans se désagréger ; il reste entier quand on le laisse tomber d'assez haut sur la table de dissection. Cependant, sa consistance est bien moindre dans sa moitié supérieure où il est brunâtre, que dans sa partie inférieure où il est d'un rose pâle, et où il offre les caractères d'une masse de fibrine qu'on aurait obtenue par le battage du sang, puis fortement comprimée. Ce caillot remplit presque entièrement la partie pelvienne gauche, où il n'est entouré que par une faible quantité du liquide qui existe seul à droite. Les parois de cette cavité sont hérissées de villosités irrégulières, molles, friables, ayant plusieurs centimètres de longueur ; elles sont implantées sur une substance qui, par sa couleur, sa consistance, sa texture, rappelle un cartilage, et dans lequel on ne peut distinguer le péritoine qui lui a donné naissance. Dans aucun point de la poche,

nous n'avons pu constater l'ouverture d'un vaisseau. Bien plus, on ne pouvait constater l'existence manifeste d'aucun vaisseau dans l'épaisseur du cartilage accidentel.

Les organes urinaires étaient sains.

Cette observation nous présente d'une part une suite de tableaux morbides différents, de l'autre des altérations pathologiques nombreuses, distinctes les unes des autres. Aussi nous faut-il chercher à réunir ce qui appartient à chacune de ces affections (symptômes et altérations anatomiques) pour saisir ensuite la liaison de ces différents états entre eux. L'anatomie pathologique nous servira de guide dans la discussion de ce fait complexe. Des altérations anatomiques, les unes appartiennent au péritoine, les autres aux organes génitaux.

Celles qui ont pour siége le péritoine sont, les unes récentes, les autres anciennes. On doit regarder comme altérations nouvelles : l'épanchement de sérosité purulente, les adhérences glutineuses qui unissent dans presque toute son étendue le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ces produits d'une phlegmasie séreuse récente doivent être rapportés sans doute à une péritonite qui débuta le 27, et qui fut indiquée par les symptômes suivants : douleurs péritonéales bien caractérisées, ballonnement du ventre, nausées, vomissements, constipation ; pouls abdominal, affaissement général dans lequel la malade succomba, le quatrième jour de la maladie.

Nous regardons, au contraire, comme anciennes les autres altérations de la séreuse. Ainsi, la coloration bleuâtre du péritoine pariétal, la teinte mélanique de la partie de cette séreuse qui recouvre la fin de l'intestin grêle, le cœcum, l'S iliaque, les fausses membranes fibreuses qui unissent ces parties entre elles et celles-ci aux organes génitaux, enfin, la cartilagination du petit bassin, nous paraissent indiquer une péritonite antécédente. L'organisation avancée de tous ces produits phlegmasiques fait croire que cette inflammation a débuté à une époque bien antérieure à celle de la mort. On trouve que, deux mois avant cette dernière époque, cette femme, qui antérieurement n'avait présenté aucune affection péritonéale, éprouva des douleurs entièrement semblables à celles qu'elle ressentit plus tard lors de sa péritonite ultime. Comme dans celle-ci, cette douleur abdominale était accompagnée de nausées, de vomissements et d'une réaction fébrile bien marquée : aussi nécessita-t-elle une saignée, deux applications de sangsues et de vésicatoires. Le rapprochement de ces diverses circonstances nous permet de conclure que les altérations pathologiques anciennes du péritoine remon-

tent à l'époque où les symptômes furent observés, et qu'ainsi la malade a été en proie, dans les premiers jours de juillet, à une péritonite aiguë.

Cette phlegmasie, une fois développée, a persisté d'une manière latente. Devenue chronique, elle a donné lieu probablement à l'épaississement des fausses membranes, à la cartilagination du péritoine pelvien, à la formation des villosités si considérables que présentait la surface de ce cartilage accidentel.

Mais il nous est difficile, au milieu de toutes les complications qui existaient ici, de déterminer quels étaient les symptômes de cette péritonite partielle. Cependant nous serions tenté de rattacher à cette inflammation chronique la douleur ressentie continuellement vers le rectum et qui était exaspérée par les défécations, la fièvre continue et les frissons irréguliers que la malade éprouvait depuis l'amendement de la péritonite aiguë : ces symptômes, en effet, ont été observés dans des faits analogues à celui-ci.

Mais quelle peut être la cause de ces deux péritonites aiguës, qui se sont succédé à sept semaines d'intervalle l'une de l'autre? Elles étaient symptomatiques sans doute d'une affection d'un des viscères abdominaux, puisque, suivant la remarque si vraie de M. le professeur Chomel, il est très-rare de voir une péritonite idiopathique. Nous pouvons ici, sans tenir compte des circonstances sur lesquelles nous reviendrons plus tard, attribuer le développement de ces phlegmasies aux altérations suivantes des organes génitaux : augmentation considérable de l'utérus, tumeurs enkystées résultant à droite de l'adhérence de la trompe à l'ovaire, résultant à gauche de l'interposition de fausses membranes entre les bords du corps frangé et les parties voisines. Ces altérations nombreuses de ces cavités et celles du sang qu'elles contiennent nous indiquent une affection ancienne. Elle nous était révélée pendant la vie, d'une part, par des symptômes physiques : tumeur hypogastrique ; volume, poids, enclavement de l'utérus; abaissement de son col déformé; d'autre part, par des troubles physiologiques ; sentiment de pesanteur dans le bassin; tranchées utérines; absence de l'excrétion menstruelle remplacée, après l'expulsion d'un caillot fibrineux, par un écoulement sanguin continu. On doit remarquer que la plupart de ces symptômes d'un état morbide des organes génitaux existaient avant le développement de la première péritonite.

Mais quelle peut être la nature de cette affection ? L'induration des parois utérines hypertrophiées, la nature des produits nouveaux qui forment les tumeurs ovariques, les fongosités qui

en hérissent les surfaces, la sérosité sanguino-purulente qu'elles contiennent, sont bien les stigmates d'un état inflammatoire de longue durée. Cette phlegmasie évidente pour les trompes, probable pour l'utérus, semble, d'après l'étude attentive des symptômes utérins, reconnaître elle-même pour cause la présence d'un corps étranger, contre lequel la matrice s'est épuisée en efforts inutiles sans pouvoir l'expulser. En effet, le premier phénomène morbide qui se manifeste trois ans après un accouchement artificiel consiste dans l'absence du flux menstruel jusqu'alors régulier. Aussitôt après cette rétention produite par un mécanisme analogue à celui qui dans les gonflements de la prostate donne lieu aux rétentions d'urine, apparaissent un sentiment de pesanteur dans le bassin, et des douleurs intermittentes semblables à celles de l'enfantement. Ces symptômes n'ont rien qui caractérise une métrite. Le sentiment de pesanteur s'explique très-bien par l'augmentation de volume et de poids de la matrice remplie de sang ; la présence de ce liquide rend compte des douleurs expulsives qui se développent pour faire cesser cette réplétion anormale.

Les accidents persistent avec ces caractères jusque dans les derniers jours du mois, époque à laquelle devrait avoir lieu la deuxième menstruation absente. Alors survient une aggravation qui donne lieu à la première péritonite, qu'on peut croire avoir été compliquée déjà de tuméfaction des fosses iliaques à cause de la médication mise alors en usage. Cette péritonite amendée, la pesanteur hypogastrique, les tranchées utérines, reparaissent ; elles sont même plus marquées que pendant le mois précédent. Vers le 20 juillet (troisième époque menstruelle), nouvel orage qui donne lieu à l'expulsion d'un caillot sanguin semblable à un morceau de peau, et dont la sortie ne soulage que très-peu la malade. Elle est tourmentée encore par le sentiment de pesanteur pelvienne, et par des douleurs utérines qui dès lors ne s'exercent plus en pure perte, mais donnent lieu à un suintement sanguin continu. A la quatrième époque, la malade se trouve de nouveau plus mal ; toutefois, ce n'est que sept ou huit jours après (21 août) que l'on observe les symptômes les plus tranchés de cette recrudescence : abaissement considérable de l'utérus, dilatation de son col déformé, contractions utérines violentes, augmentation de l'écoulement sanguin. Cet état persiste pendant une semaine, au bout de laquelle surgit la péritonite mortelle.

Tous ces symptômes sont-ils ceux d'une métrite ? Quelques-uns, il est vrai, se rencontrent dans cette affection ; mais ces mêmes symptômes s'observent également dans toutes les circon-

stances qui déterminent une augmentation de volume de l'utérus. Ils se présentent ici avec un caractère bien tranché; c'est de persister, augmentés, après chacune des périodes menstruelles sans excrétion. Ils ne commencent à diminuer qu'après la manifestation d'un écoulement sanguin. Ce suintement est peu considérable : aussi ne donne-t-il lieu qu'à une amélioration légère. Elle disparaît lors de la quatrième menstruation, qui ramène, en les exagérant encore, les accidents qui n'ont cessé d'exister depuis que les règles n'ont pas paru.

A côté de ces symptômes dépendant de l'augmentation périodique du volume de la matrice s'en manifestent d'autres qui feraient bien plutôt croire à un avortement qu'à une métrite : ce sont les contractions utérines énergiques et l'écoulement sanguin. C'est, en effet, le même travail expulsif qui dure trois mois et augmente d'intensité à mesure que, *par saccades*, le produit à expulser augmente. Ce travail reste stérile tant que le col ne livre pas passage au caillot fibrineux qui en fermait la lumière; il est impuissant encore ultérieurement, parce que le col induré offre trop de résistance pour se dilater de manière à permettre la sortie de tout le sang retenu. La supposition d'un avortement tombe d'elle-même, puisque nous n'avons trouvé aucun produit qu'on pût rattacher à une conception. Le seul corps étranger était formé par du sang plus ou moins altéré par un long séjour.

La quantité et les qualités de ce liquide étaient différentes dans chacune des cavités qui le contenaient : ainsi on ne trouvait dans la matrice qu'une très-faible quantité de sang d'un rouge rutilant, que deux cuillerées de sang liquide altéré et des caillots récents dans la tumeur ovarique droite, tandis que la tumeur gauche renfermait au moins le triple de ce même liquide et de nombreux caillots qui, la plupart, étaient décolorés. Il semblerait de là que la quantité et l'ancienneté du retentum étaient en rapport avec la contractilité de chacune des cavités contenantes, dont l'une (ovarique gauche) eût perdu de son action par suite de l'étendue des fausses membranes qui formaient une grande partie de ses parois.

Après tous ces détails, il me paraît suffisamment établi que le sang contenu dans les organes génitaux était le produit de la sécrétion cataméniale non excrété.

Mais le sang qu'on trouvait dans la cavité péritonéale avait-il la même origine? Les caractères différents des diverses parties de cet épanchement permettent d'abord de reconnaître, comme dans le retentum génital, un âge différent à chacune d'elles. Ainsi, le sang liquide combiné avec la sérosité purulente des ca-

vités abdominale et pelvienne, la partie supérieure du caillot du bassin, paraissent être le résultat d'une hémorrhagie toute récente, tandis que la partie inférieure de ce même caillot, à demi desséchée, résulte au contraire d'une hémorrhagie déjà ancienne. Les caractères des produits de chacun de ces deux épanchements intra-abdominaux établissent ainsi l'intime connexion de chacune des péritonites avec chacun des épanchements sanguins.

La coïncidence du début de chacune des phlegmasies hémorrhagiques avec les époques menstruelles permet de croire que l'épanchement sanguin, pour ainsi dire périodique, fut le fait primordial dont la phlegmasie fut seulement la conséquence. Mais quel a été le point de départ du raptus sanguin ? L'intégrité des vaisseaux artériels et veineux empêche de croire que l'hémorrhagie fût le résultat d'une rupture d'un des vaisseaux de l'abdomen. L'absence des symptômes propres aux maladies qui donnent lieu aux exhalations sanguines empêche aussi de rapporter l'épanchement à une de ces diathèses hémorrhagiques. Enfin, la présence du sang dans les organes génitaux porte à penser encore que le péritoine n'est pas devenu le siége d'une déviation menstruelle. Dans cette dernière supposition, il faudrait admettre une coïncidence bien remarquable pour croire que l'hémorrhagie succédanée ait eu lieu dans le péritoine, et justement dans cette partie du péritoine voisine des organes génitaux distendus par du sang. Il serait bien surprenant que l'épanchement fût venu siéger exactement dans la partie du péritoine attenante à une tumeur remplie par du sang, et dont la cavité n'était rendue indépendante de l'abdomen que par quelques fausses membranes.

Le siége de l'épanchement et la disposition de la tumeur ovarique gauche ne nous révèlent-ils pas quel fut le véritable point de départ de l'hémorrhagie ? Ainsi, tandis que la trompe droite adhère immédiatement à l'ovaire, il a fallu, à gauche, que ces deux organes, distants l'un de l'autre, s'unissent d'une part au péritoine pariétal, de l'autre au ligament large pour former une cavité qui, dans une certaine étendue encore, n'a pour parois que de fausses membranes. Les caractères de ces fausses membranes sont les mêmes que ceux des autres produits de la première péritonite. D'où l'on peut conclure, sans doute, qu'au moment où cette phlegmasie s'est développée, la trompe et l'ovaire gauches avaient cessé d'être en rapport l'un avec l'autre, et que cette libre communication a permis le passage d'une partie des règles qui est venue former le premier épanchement pelvien.

Quant au second épanchement, qui nous fut indiqué pendant

la vie par la diminution du volume de la tumeur gauche, nous n'avons pu, bien qu'il fût récent, trouver la perforation dont il fut la conséquence. Cette rupture de la tumeur ovarique gauche nous a échappé, soit parce que nous n'étions pas prévenu de son existence au moment de l'examen, soit parce que nous n'avons pas su distinguer, au milieu des fausses membranes, celles qui, récentes, la dérobaient à nos recherches. Cependant nous croyons qu'elle a dû exister, et qu'elle devait être située de telle manière, qu'elle permît à une partie du sang de se porter dans la partie supérieure de l'abdomen, d'où il n'a pu, à cause de la cloison existant au détroit supérieur, retomber dans le bassin, où l'autre partie s'est précipitée. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la possibilité de cette erreur de lieu du sang menstruel que Ruysch avait déjà indiquée. On voudra bien admettre cette migration funeste du flux cataménial dont nous donnerons plus tard un autre exemple, et dont les *Actes des érudits de Leipsick* contiennent une autre observation, puisqu'on a observé ce passage dans des circonstances où la communication est plus difficile que lors de la menstruation.

Aussi croyons-nous, pour terminer cette discussion beaucoup trop longue, pouvoir résumer en quelques lignes les phènomènes principaux de cette observation.

Le fait primordial qu'elle nous présente est une aménorrhée par rétention, sans oblitération du col utérin. Cette rétention donne lieu :

Pendant le premier mois, à la réplétion des cavités génitales ;

Au deuxième, à une distension de ces cavités, à la formation de tumeurs hypogastriques, au passage du sang dans le ventre qui fait naître une première péritonite ;

Au troisième, à un effort impuissant des organes génitaux pour se débarrasser en entier de la cause de leur distension ;

Au quatrième, à une distension nouvelle, à un nouveau passage du sang dans la cavité abdominale, qui donne lieu à une péritonite générale rapidement mortelle.

C'est seulement après avoir réfléchi sur les phénomènes principaux, que cette observation nous avait présentés, que j'ai cherché à établir la filiation de ces différentes rétentions entre elles. C'est alors que j'ai cherché à rapprocher les diverses variétés de cette espèce morbide, dont les unes sont rapportées à des congestions utérines ou à des métrites, les autres à des phlegmons des ligaments larges ou à des ovarites, d'autres enfin sont décrites dans les péritonites, et dont les dernières périodes

sont rejetées dans des classes nosologiques différentes, telles que les môles charnues ou les hydropisies. J'ai cherché à réunir dans une seule histoire pathologique ces diverses affections qui reconnaissent toutes pour cause un trouble de l'excrétion menstruelle.

Cette excrétion est entravée par les changements pathologiques que présente le col utérin, soit même exceptionnellement par des tumeurs occupant le corps de cet organe. Aussi trouve-t-on les plus grandes analogies entre les rétentions utérines et vésicales. Cette analogie, entrevue par Galien, confirmée par l'analogie anatomique, trouvée entre la prostate et le col de la matrice, nous permet d'appliquer aux rétentions menstruelles une division semblable à celle qu'on a employée pour les rétentions urinaires.

Prenant donc en considération les conditions diverses qui s'opposent à la libre dilatation du col utérin, nons diviserons ces rétentions en quatre espèces distinctes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MALADIES DES ENFANTS.—22. *Essai clinique sur le croup chez les enfants. — Histoire de deux épidémies observées à l'hôpital des Enfants Malades de Paris, pendant les années* 1846 *et* 1847; par le docteur ARSÈNE VAUTHIER, ancien interne de l'hôpital des Enfants Malades, médecin à Troyes.

(Archives générales de Médecine, mai 1848.)

PREMIÈRE PARTIE. — *Histoire pathologique du croup.* — Le croup est une maladie aiguë et pyrétique, caractérisée par diverses lésions organiques des voies respiratoires, dont une est constante et nécessaire, la production de fausses membranes; par des lésions fonctionnelles de la respiration et de la phonation; par une toux particulière, se présentant sous forme d'accès; enfin par des symptômes généraux, dont les principaux sont la fièvre et une coloration bleuâtre particulière de la peau. L'affection principale du croup a pour siége le larynx. Ce n'est point là, à proprement parler, une définition du croup, c'est plutôt un tableau abrégé de la maladie. — Mais toutes les autres définitions qu'on a données ne sont que l'expression d'idées théoriques préconçues, et elles servent de base à des dénominations dont la valeur est très-discutable. Aussi, de tous les noms qu'on a donnés à cette maladie, je préfère le mot insignifiant *croup*, avec lequel on peut toujours s'entendre.

Passons en revue divers points de l'histoire de cette maladie.

Étiologie. — L'appréciation des causes productrices du croup

est on ne peut plus difficile, et comme pour beaucoup d'autres maladies, il n'y a guère ici que des banalités sur l'influence du chaud et du froid, etc. Cependant nous verrons s'il n'est point possible de trouver des causes communes au croup et aux affections de nature catarrhale.

Causes prédisposantes.—Climats, habitations.—Il paraît prouvé que les climats froids, humides, septentrionaux, ou les lieux voisins des bords de la mer, les vallées, etc., sont des causes prédisposantes du croup. Mais cette cause n'a rien de spécial pour le croup; car c'est précisément aussi dans les mêmes localités que l'on observe une plus grande fréquence des affections catarrhales des voies respiratoires; d'autre part, certains pays voisins de marais ou de tourbières ne sont point davantage exposés au croup que d'autres. — Ainsi, l'influence des localités n'a qu'une valeur discutable.

L'habitation peut être aussi cause prédisposante du croup; mais ici encore rien de spécial. On a noté que le croup était endémique dans les grands centres de population ; mais je ne trouve point étonnant que sur une population de près de 1 million d'habitants, comme est celle de Paris, par exemple, on rencontre plus de cas de croup que dans une étendue de territoire triple ou quadruple, mais vingt fois moins peuplée, et où les habitations sont disséminées par petits groupes. Si cette cause agit d'une manière générale, quand nous descendons dans les détails, nous voyons, par exemple, que, dans presque toutes nos observations, l'habitation est notée bonne ou au moins passable. D'un autre côté, l'habitation la plus malsaine ne paraît point être une cause prédisposante spéciale.

On a parlé aussi des conditions de l'air; mais ici il n'y a encore rien que de probable. M. Guersant dit que le croup se développe moins souvent à l'hôpital des Enfants depuis que les lits sont plus écartés et que les salles ont été assainies; mais il n'en donne aucune preuve, et il n'appuie cela sur rien de rigoureux. D'ailleurs, comme le remarquent MM. Rilliet et Barthez, l'épidémie de 1841 est venue donner un démenti à cette assertion. Si l'on considère que c'est de 2 à 7 ans surtout que se montre le croup, et qu'à cet âge les enfants sont ordinairement isolés et ne sont point enfermés par masses dans de grandes salles, à moins qu'ils n'aillent à l'école (encore n'y restent-ils qu'une faible partie de la journée), tandis que, au contraire, de 7 à 15 ans, les enfants sont enfermés dans des manufactures ou dans des ateliers pendant des journées entières, et que cependant le croup est plus rare chez ceux de cet âge, on verra qu'il n'y a encore là rien de démontré.

Saisons. — On a noté le printemps et l'automne comme les saisons où il se développe le plus de croups. A Paris, dans les épidémies observées avant nous à l'hôpital des Enfants, et dans celles dont nous avons été témoin, le croup s'est montré indifféremment dans toutes les saisons. Voici ce qui résulte du dépouillement de nos observations de 1846 et 1847 :

Janvier,	4 cas.
Février,	0 —
Mars,	5 —
Avril,	6 —
Mai,	6 —
Juin,	7 —
Juillet,	3 —
Août,	1 —
Septembre,	1 —
Octobre et novembre,	3 —
Décembre,	1 —

On croit que le croup est surtout fréquent dans le printemps, et il semblerait que les mois de février, octobre et novembre, lui sont peu favorables. Mais cela diffère d'ailleurs selon les années, car si nous mettons en regard le résultat comparatif des deux années, nous trouverons : pour le mois de janvier 1846, 1 cas, et pour janvier 1847, 3 cas. — Mars 1846, 1 cas; 1847, 3. — Avril 1846, 2; 1847, 3. — Mai 1846, 2; 1847, 3. — Juin 1846, 2; 1847, 5. — Juillet 1846, 0; 1847, 0. — Octobre et novembre 1846, 0; 1847, 3.

Si nous essayons de rapprocher de ces faits les résultats rapportés par M. Hache, qui a observé dans le même hôpital que nous, nous trouvons qu'il a observé régulièrement 1 cas dans les six premiers mois de l'année, excepté le mois de mars, où il en a trouvé 2. D'une statistique aussi incomplète, on peut cependant conclure que l'hiver paraît être la saison où il se montre le moins de croups, et que l'époque la plus favorable est le printemps et le commencement de l'été. C'est aussi au printemps qu'on observe le plus d'affections catarrhales des organes respiratoires. — On sait que le commencement du printemps dans les deux années 1846 et 1847 a été remarquable sous ce rapport, 1847 surtout.— Dans ce moment, les salles des hôpitaux étaient remplies de pneumonies et de bronchites.

On voit que l'été des deux années a été aussi bien partagé. Or, l'été de 1846 a été le plus chaud et le plus sec qu'on ait eu depuis 1842. La sécheresse constante de l'été de cette année a eu une funeste influence, comme on le sait, sur les subsistances. Au contraire, l'été de 1847 a été assez variable; les croups ont été plus nombreux dans l'été de 1847 que dans celui de 1846.

Cette différence tient-elle aux variétés de température ou à la misère des temps que l'on a eu à traverser? Nous serions porté à croire à l'influence de cette dernière cause; car en 1847 la mortalité a été terrible à l'hôpital des Enfants. La mortalité se remarquait surtout dans la division des filles; le nombre des croups a éte aussi plus grand chez les filles.

Age. — Le croup, bien que pouvant se montrer à tous les âges, chez les nouveau-nés, les enfants, les adultes et même les vieillards, est rare cependant avant 2 ans et après 7 ans; c'est presque une maladie spéciale à l'enfance. Ainsi, sur 37 cas de croup qui sont à notre connaissance, nous avons pu savoir l'âge de 33, qui se répartissent de la manière suivante :

De 1 à	2 ans,	5
—	2 —	20
—	3 —	4
—	4 —	10
—	5 —	4
—	7 —	2
—	11 —	1
—	12 —	2
—	13 —	1
—	14 —	1
—	25 —	1

D'où il suit que c'est entre 3 et 5 ans, surtout vers 4 ans, qu'a lieu la plus grande fréquence du croup. C'est à cet âge aussi que l'enfant commence à être laissé seul, qu'il est plus exposé à l'intempérie de l'air et à l'influence de toutes les causes perturbatrices, auxquelles le soin plus empressé des mères et des nourrices savait les soustraire avant cette époque.

Sexe. — On a noté que la maladie affectait de préférence le sexe masculin. — Nos observations prises en général ne confirment point cette remarque, car nous trouvons une proportion presque égale de filles et de garçons. — Si nous considérons les deux années séparément, nous trouvons qu'en 1846 le rapport du nombre des garçons avec celui des filles est comme 9 est à 5, et qu'au contraire, en 1847 ce rapport est comme 5 est à 16. — Ainsi, pour 1846, les garçons sont plus nombreux de près de moitié, et pour 1847, le nombre des filles est triple de celui des garçons. Que conclure? que les différences pour la fréquence, quant au sexe, sont variables selon les années, et que la règle posée par les auteurs n'est point absolue. Cependant il faut remarquer que, si le nombre des croups a été plus grand chez les filles en 1847, le nombre de toutes les autres maladies graves a été aussi très-grand chez elles cette année.

Tempérament, constitution. — Jurine a avancé une erreur, en

disant que le tempérament lymphatique était une prédisposition au croup, et une plus grande encore en faisant se développer le croup surtout chez les enfants scrofuleux. Nous avons parcouru la plupart des observations de croup, la plupart des observations publiées par MM. Bretonneau, Blache, Hache, etc., et nous avons vu que, dans la grande majorité des cas, les enfants étaient notés comme forts, vigoureux, nullement lymphatiques. L'erreur de Jurine vient probablement des fausses idées qui régnaient de son temps sur les tempéraments scrofuleux et lymphatiques, idées que MM. Guersant et Baudelocque surtout ont puissamment combattues. Nous n'avons rencontré que deux fois le tempérament lymphatique. Dans les pays où la scrofule est endémique, comme à Troyes, par exemple, je ne sache pas que le croup soit plus fréquent que dans d'autres. Deux des enfants que nous avons soignés étaient rachitiques ; mais à part ces cas, tous les autres, au contraire, étaient de complexion vigoureuse. — De plus, un fait remarquable, c'est que tous ces enfants étaient très-intelligents. MM. Blache et Émery, et plusieurs autres médecins, m'ont dit avoir fait constamment la même remarque.

Conditions hygiéniques. — Rien de bien spécial à noter à ce sujet. Il est évident que la misère, les privations, les mauvais traitements, peuvent devenir causes prédisposantes. — On a accusé le costume adopté depuis la révolution française d'avoir multiplié les cas de phthisie et de croup ; cela ne semble point prouvé.

Maladies antérieures. — Nous pouvons généraliser quelques propositions à ce sujet. — On peut poser en thèse générale que, dans le plus grand nombre des cas, l'enfant que l'on verra affecté de croup a eu ou des rhumes fréquents, ou des angines, ou des fièvres éruptives, ou la coqueluche, en un mot, des affections catarrhales ou spasmodiques des voies respiratoires, comme nous l'avons vu dans presque toutes nos observations. Dans certains cas, le croup arrive pendant le cours de l'une de ces maladies, et alors il est complication. On a donné comme cause prédisposante de n'avoir jamais été atteint de croup. — Dans aucun cas, en effet, nous n'avons vu le croup deux fois chez le même sujet.

Epidémies. — Incontestablement le croup est épidémique. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir tous les traités sur la matière depuis Aretée jusqu'à MM. Bretonneau, Blache, Boudet, Hache, etc., et enfin jusqu'à nos observations. Ces épidémies sont groupées dans des endroits circonscrits ; dans une grande ville, rarement elles sont générales; elles sont ordinairement

bornées à une rue, ou à une partie de la rue seulement, et même à une maison. — Quant au mode d'action de l'épidémie, elle dépend sans doute de conditions communes de l'air ou des aliments, etc. ; mais cependant, nous ne savons rien à cet égard.— Un fait important, c'est qu'il y a rarement épidémie de croup, sans épidémie ou de fièvre éruptive, ou de coqueluche, ou de catarrhe, comme je l'ai dit plus haut. C'est un point qu'il faut bien noter.

Causes occasionnelles. — La science est très-pauvre à cet égard, et nous n'apportons ici aucun fait capable de l'enrichir. L'inspiration de vapeurs irritantes a été regardée comme pouvant donner lieu à un croup.— Je trouve dans le *Journal des Connaissance médico-chirurgicales* un cas de croup survenu chez un cheval, à la suite d'une asphyxie par la fumée (Riss, 1834). J'ai publié (thèse inaugurale, *du Faux croup,* 1848) un cas de faux croup qui paraissait dû à cette cause, mais je n'ai point observé de croup vrai dans les mêmes circonstances. — Les prétendus croups que l'on a déterminés chez les animaux par des vapeurs irritantes et des caustiques (M. Bretonneau) étaient-ils bien des croups? Nous croyons y avoir produit de fausses membranes, mais voilà tout. La fausse membrane dans le croup n'est pas plus toute la maladie, que la pustule dans la variole n'est toute la maladie. D'ailleurs, les caustiques employés pour la guérison du croup produisent de fausses membranes particulières, qui ne sont point celles du croup. — On ne peut pas dire qu'elles donnent lieu à un croup. — De nouvelles recherches sont donc nécessaires, mais nous ne croyons pas qu'il faille beaucoup en attendre. — Enfin il va sans dire qu'on trouve le froid comme cause occasionnelle. Cette cause nous a paru évidente dans deux cas. — Mais le froid n'agit que d'une manière intermédiaire. — En résumé, les causes occasionnelles sont peu appréciables.

On a appelé *croup secondaire* le croup qui apparaît dans le cours d'autres maladies. — Nous avons observé 8 cas de cette sorte de croup : 3 à la suite de rougeole, 2 dans le cours de pneumonie et de fièvre typhoïde, 1 cas de bronchite pseudo-membraneuse à la suite d'un scarlatine, et 2 dans le cours d'une coqueluche. — Ces maladies sont des fièvres éruptives ou des pneumonies. Nous avons vu 2 cas de croup dans le cours d'une coqueluche ; ces deux cas sont uniques dans la science, on n'en trouve d'exemple nulle part.—Il semble que ce soit par l'exagération d'un phénomène de la maladie première que le croup apparaît. — Ainsi, dans la coqueluche, c'est par l'exagération du spasme que le croup arrive. Dans les deux cas de coqueluche

suivie de croup que nous avons observés, surtout dans l'un deux, les jours qui précédèrent l'apparition du croup furent marqués par des quintes très-nombreuses et très-violentes, qui devinrent pour ainsi dire incessantes, et la toux et la voix semblèrent s'éteindre par fatigue des organes. Toujours ces cas de croup ultime sont l'indice d'une terminaison fatale, et durent à peine. Ils n'arrêtent point la coqueluche, mais semblent diminuer la fréquence et l'intensité des quintes.

Lorsque le croup guérit, on trouve fréquemment à sa suite des fièvres éruptives, des angines ou des affections catarrhales. — C'est ce que l'on verra à propos du traitement.

Des prodromes et du début ou de l'invasion du croup. — Prodromes. — Le croup peut débuter en quelque sorte brusquement avec un ou plusieurs de ses symptômes ; mais le plus ordinairement il est précédé de prodromes. — Tantôt ceux-ci ne consistent d'abord qu'en un simple malaise de courte durée avec un peu de diminution de l'appétit ; d'autres fois l'enfant commence par s'enrhumer ; le rhume dure deux, trois, quatre ou huit jours, puis, en continuant, il semble qu'il se transforme ; ses divers éléments changent de caractères, la toux devient creuse, un peu rentrante, la respiration s'embarrasse ; l'enfant semble quelquefois asthmatique aux personnes étrangères à l'art qui l'environnent. A cet état, les enfants semblent n'avoir encore qu'un fort rhume ; mais la rapidité avec laquelle le rhume s'aggrave donne lieu à des appréhensions, jusqu'à ce que la toux et la voix soient tellement modifiées, que l'on ne puisse plus se méprendre sur la nature du mal. Dans la majorité des observations des auteurs, nous avons trouvé le rhume comme prodrome. Dans presque toutes celles où nous avons pu avoir des renseignements précis sur le début, nous avons trouvé la même chose. Généralement les prodromes de nature catarrhale durent de quatre à six ou sept jours ; nous ne les avons vus qu'une fois se prolonger pendant dix jours.

Dans d'autres cas, il n'y a pas, à proprement parler, de prodromes, et le croup se manifeste ou par l'altération de la voix, ou par la toux, ou par une angine.

Début et invasion. — Il est très-important de fixer l'époque précise du début, pour apprécier la durée de la maladie. Ce qui caractérise le début, c'est la complexité des faits ; aussi le croup n'est-il confirmé et non douteux qu'avec cette condition ; mais il peut s'annoncer soit par la toux, soit par la voix, soit par une angine : puis ces faits se grouperont, s'ajouteront, et alors si à une toux particulière se joignent une altération de la voix, de la

respiration, ou une angine, et de la fièvre, surtout s'il survient un accès, le croup est confirmé. Cependant, il faut remarquer qu'il est très-rare qu'on n'observe qu'un seul symptôme tout d'abord. Souvent, comme M. Blache nous a dit l'avoir vu, là où l'on n'avait constaté qu'un fait, il y en avait deux ; on avait constaté de l'enrouement, par exemple, et l'on ne s'était point inquiété, mais on avait oublié d'examiner l'arrière-gorge ; puis quand à cet enrouement se joignaient rapidement des symptômes plus alarmants, le médecin appelé en consultation abaissait la langue et découvrait de fausses membranes.

Le croup peut débuter ou par les lésions fonctionnelles ou par des lésions locales, surtout par l'angine pseudo-membraneuse. Dans certaines épidémies, c'est toujours par le pharynx qu'il débute, ou encore par la stomatite (M. Bretonneau).—Dans d'autres, par exemple celles que nous avons observées, cela a lieu souvent : mais cependant il y a eu un assez grand nombre d'exceptions. — Sur 37 cas, j'ai trouvé à peu près la moitié sans angine pseudo-membraneuse au début. Cela est bien loin de la proportion indiquée par M. Bretonneau, qui note l'angine pseudo-membraneuse 46 fois sur 47. Cette angine est une affection du croup ; mais elle diffère de l'angine couenneuse proprement dite, beaucoup plus fréquente, et qui n'a ni une marche ni une gravité pareilles. — Nous devons dire par avance que le mode tout mécanique par lequel M. Bretonneau explique la propagation de la lésion de haut en bas nous semble hypothétique, et qu'il n'est pas le moins du monde prouvé que la transmission se fasse par une sorte d'écoulement en nappe d'une sécrétion qui commence à s'organiser. La fausse membrane se produit là où l'affection qui doit lui donner naissance existe, et cette affection est essentiellement sous la dépendance de la maladie.

La lésion principale du croup peut-elle débuter par les parties inférieures du tube aérien ? Ceci nous semble hors de doute. Malheureusement nous ne pouvons nettement décider la question par des faits, car nous n'avons pas trouvé un seul cas avec fausses membranes dans les bronches et la trachée, où il n'y eût en même temps de fausses membranes dans le larynx. Plusieurs auteurs, notamment Jurine, ont admis cette sorte de début.

Rarement on voit débuter le croup à l'hôpital des Enfants ; la grande majorité des cas viennent du dehors. Les enfants nous arrivent presque toujours dans la seconde ou la troisième période, après avoir subi déjà un traitement plus ou moins rationnel. Très-souvent ils nous ont été envoyés par des médecins de

la ville, *pour être opérés*. Généralement, chez les enfants qui viennent à l'hôpital, le début date de deux ou trois jours, quelquefois de quatre et cinq jours. Si l'on calcule le temps des prodromes, les enfants arrivent à l'hôpital de quatre à huit ou dix jours après qu'ils ont commencé à être malades.

Ce n'est quelquefois ni par des prodromes de catarrhe, ni par du malaise, ni par une angine pseudo-membraneuse que le croup s'annonce, mais aussi par l'enrouement seul ou la toux seule, comme on va le voir à propos des symptômes en particulier.

Des symptômes du croup. — Ces symptômes sont les lésions fonctionnelles de la toux, de la respiration et de la déglutition ; la toux, les accès, quelques autres phénomènes locaux moins constants ; puis les lésions organiques, l'inflammation, la production de fausses membranes, et enfin les symptômes généraux, la fièvre, la cyanose, l'aspect général, etc.

De la toux croupale. — La toux du croup, sans être un phénomène caractéristique, est cependant un des meilleurs. Elle commence par être seulement creuse, profonde, comme caverneuse, son timbre est grave. Elle peut continuer de cette manière pendant plusieurs jours. Quelquefois, au contraire, presque tout à coup, sans cesser d'être grave, elle perd de son humidité ; son timbre devient plus sec, plus sonore, et comme métallique. Tantôt elle est sans éclat, sourde, voilée ; tantôt elle a quelque chose d'articulé qui, dans certains cas, ressemble parfaitement à l'*aboiement*. J'ai pu constater, dans trois cas surtout, jusqu'à quel point cette comparaison est exacte. On a bien à tort appelé cela la *voix croupale*, le propre de la voix dans le croup étant d'être éteinte ; mais le caractère que nous venons d'indiquer, très-marqué dans plusieurs cas, et dans trois de nos observations, n'est point général ni absolument lié à l'existence du croup. Dans le plus grand nombre des cas, la toux a ce caractère particulier d'être grave, comme sortant d'un vase à parois de métal ; c'est une sorte de bruit *ventriloque*. La meilleure définition d'ailleurs ne saurait jamais en donner qu'une idée approximative ; je ne l'ai vue manquer dans aucun cas ; on l'appelle toux croupale. Ici une observation à faire. Il n'est point rare d'observer des bronchites intenses ou des catarrhes rubéoliques très-marqués, dans lesquels la toux est aussi grave, sonore et caverneuse, tout à fait semblable à celle du croup. J'ai entendu maintes et maintes fois cette toux à l'hôpital dans des cas de ce genre, et réellement il n'y avait aucune différence pour le timbre et la gravité. Quant à l'aboiement, je crois pouvoir affirmer qu'il n'existe pas dans d'autres maladies que le croup et le faux croup ; mais si la toux

rauque, caverneuse, peut se rencontrer ailleurs que dans le croup, au moins dans le croup est-elle remarquable par *son peu de fréquence*, à mesure que la maladie marche. Ce caractère est très-important. M. Trousseau l'a noté dans un travail publié en 1824, et il est de toute évidence dans les observations que j'ai recueillies. Ceci est tellement vrai que, dans toutes ces observations, la toux est notée dans tous les cas parmi les symptômes du début, et lors de l'entrée de l'enfant à l'hôpital; puis, à partir de ce moment, c'est à peine s'il en est question, et à mesure que la maladie s'aggrave, on ne la voit plus du tout. La toux croupale se montre et pendant les accès et dans l'intervalle des accès de suffocation, l'accès étant constitué surtout par l'intensité de la dyspnée.

Les causes de la toux dans le croup sont les mêmes que celles qui produisent les modifications de la respiration et de la voix; il en sera question plus loin. Mais nous devons dire ici qu'elles sont toujours mécaniques, qu'elles dépendent toujours essentiellement des modifications organiques survenues dans le larynx, et que le spasme qui suffit souvent à la produire, comme on le voit dans le faux croup, est une cause plus éloignée qui agit qu'une modification matérielle dans la forme ou la dimension du larynx et surtout de la glotte, modification qui, à son tour, agit sur l'air fortement chassé par les muscles expirateurs. Mais de quelle nature est cette modification, et pourquoi n'agit-elle pas, par exemple, de la même manière dans le *spasme de la glotte*, où il y a absence de toux? C'est ce qu'il est impossible de décider.

La toux croupale n'a presque point de valeur absolue dépendant de son caractère. M. Trousseau a encore insisté sur ce point. Nous avons pu constater bien des fois que cette assertion est vraie. Mais la toux a une valeur relative dans son mode de manifestation aux diverses périodes; nous la discuterons plus loin, en comparant la valeur des divers symptômes.

Lorsque la maladie doit se terminer par la mort, la toux devient de plus en plus grave et éteinte; elle finit même par disparaître tout à fait. Si, au contraire, la maladie se termine par la guérison, la toux suit la même marche qu'elle affectait au commencement, mais en sens inverse, c'est-à-dire qu'elle reparaît un peu plus fréquente, mais humide, suivie d'expectoration chez les enfants un peu grands; enfin elle n'est plus qu'une toux de rhume. Une chose remarquable, c'est que la toux ne reprend quelquefois le caractère humide, catarrhal, qu'à l'occasion de l'apparition d'une affection qui s'accompagne de catarrhe, comme

on le voit dans une de nos observations où elle ne devint humide qu'à l'occasion d'une rougeole. Il semble que la maladie se hâte de redevenir purement et simplement catarrhale à la première occasion qui lui en est offerte, ou plutôt que tous les autres faits ayant disparu, elle ne se débarrasse de celui-ci qu'en dernier lieu.

La toux est quelquefois si rare, que M. Hache a pu observer un cas où elle manquait totalement; mais M. Hache dit que c'est à l'hôpital, et encore pendant un temps fort court, quarante-huit heures environ. J'ai peine à croire à cette absence totale de la toux, et il est probable que la toux avait dû exister avant l'entrée à l'hôpital. Le cas de M. Hache ne serait qu'un exemple du peu de fréquence de la toux dans le croup, à mesure qu'on avance vers la fin. Je n'ai observé dans aucun cas l'absence complète de la toux.

Pour terminer ce qui est relatif à la toux, au point de vue pratique, nous dirons que nous n'avons point trouvé que les idées émises par MM. Blaud et Trousseau sur la signification des diverses formes de la toux fussent fondées en fait. M. Blaud prétend pouvoir diagnostiquer les diverses périodes du croup et les limites de ses lésions, au moyen des caractères de la toux, de son timbre, etc. M. Trousseau dit que la toux éclatante, *clangosa*, est un signe qu'il n'y a point de fausses membranes au moins dans le larynx; qu'au contraire, la toux étouffée, caverneuse, est un signe certain que de fausses membranes tapissent le larynx. Mais cette opinion, qui est l'expression de la vérité dans quelques cas, n'est point vraie généralement, et la toux peut être éclatante ou voilée ou à peine sensible, qu'il y ait ou non vive inflammation, qu'il y ait ou non fausses membranes. La cause de l'*extinction* de la toux nous paraît devoir être rapportée surtout à la fatigue des organes qui finissent par ne plus réagir, à l'asphyxie progressive. L'effet produit par ces causes me paraît tout à fait comparable à celui qui résulte de l'inspiration des vapeurs d'éther. Quelques personnes (nous en particulier), au commencement des inspirations, sont tourmentées par une toux très-fatigante qui disparaît peu à peu à mesure que la quantité d'air respirable diminue et que la somnolence arrive. Que ce soit un phénomène de fatigue, c'est ce qui paraît mis hors de doute par les deux cas où j'ai vu le croup survenir dans le cours d'une coqueluche. Que ce soit un phénomène d'asphyxie progressive, c'est ce que démontrent toutes les observations que j'ai pu recueillir.

Avoir décrit la toux croupale, c'est avoir indiqué les différences

qui la distinguent de la toux dans d'autres maladies ; nous y reviendrons à propos du diagnostic différentiel.

De la voix croupale. — L'*aphonie*, voilà ce qui caractérise les modifications de la voix dans le croup. Aussi pouvons-nous à peine comprendre qu'on ait parlé de la voix dans le croup autrement que pour dire qu'elle n'existait pas. La *voix de coq* n'est autre chose qu'un bruit aigu, accompagnant la toux ; c'est un phénomène de la toux non de la voix. L'aphonie est un phénomène constant ; il n'a manqué dans aucun de nos cas. C'est un des bons, un des meilleurs caractères du croup, non pas qu'il soit spécial et qu'il n'appartienne qu'au croup, car il se rencontre dans un simple rhume, ou même à la suite du moindre excès de table ou de chant; mais dans le croup, il existe ordinairement d'une manière permanente jusqu'à la fin. Dans deux cas seulement, j'ai vu un retour momentané à la voix.

Dans la grande majorité des cas, l'aphonie est progressive ; dans quelques cas rares seulement, elle s'éteint subitement, comme M. Blache nous en cite un exemple. On a remarqué la persistance quelquefois prolongée de l'aphonie après la guérison du croup. Cette remarque est très-juste, et nous en avons vu un exemple remarquable chez un des cinq enfants qui ont été guéris. M. Blache nous a parlé d'un cas, où il avait vu l'aphonie persister pendant deux mois entiers.

L'extinction de la voix nous paraît dépendre des deux causes auxquelles nous avons attribué l'extinction de la toux, et de plus de l'étroitesse de la glotte chez les enfants, et enfin des modifications de cette ouverture par les fausses membranes ou le spasme.

De la dyspnée croupale.—Nous arrivons à l'un des symptômes les plus importants du croup. Nos observations nous fournissent les moyens de traiter ce point de l'histoire du croup sans recourir à ce qui a été fait à ce sujet.

La dyspnée croupale est caractérisée par des modifications de la respiration que l'on peut résumer de la manière suivante :

Les deux temps qui la composent sont dans un rapport inverse à ce qu'ils sont dans l'état physiologique, l'inspiration étant longue, l'expiration est courte, non d'une manière absolue, mais d'une manière relative. L'inspiration est accompagnée d'un bruit particulier difficile à décrire, que l'on a appelé *sifflement croupal, bruit de scie à pierre.* C'est un bruit qui fait mal à l'oreille, qui a quelque chose de déchiré. L'inspiration croupale est vraiment *serratique.* Le mot sifflement n'en donne qu'une idée incomplète.

Ce bruit n'a manqué dans aucun de nos cas ; on le rencontre aussi dans un faux croup.

L'expiration, outre qu'elle a moins de longueur, n'est point, dans la grande majorité des cas, accompagnée du bruit serratique, ou du moins ne l'est que par intervalles. Elle est *soufflante*. Nous avons cherché des comparaisons pour donner l'idée de ces phénomènes si remarquables qu'on ne connaît bien que quand on les a vus, mais dont cependant la description n'est pas impossible. Qu'on nous passe la comparaison suivante, bizarre, mais qui nous paraît exacte. Quand un menuisier veut scier une planche, il commence par tracer, avec de la craie, la voie de sa scie, puis il fait manœuvrer l'instrument. Chaque trait de scie soulève de la sciure, qui masque la voie ; s'il veut soigner son travail, il souffle sur cette scie, puis fait de nouveau manœuvrer l'instrument, et ainsi de suite alternativement. Eh bien, ces deux bruits sont ceux que l'on trouve dans la respiration croupale. L'inspiration, c'est le trait de scie ; l'expiration, c'est le souffle de l'ouvrier. Ceci donne une meilleur idée de la chose que la comparaison avec la scie à pierre, dont le bruit de va-et-vient est uniforme.

Quand la terminaison fatale approche, l'inertie des organes respiratoires fait que les mucosités et les fausses membranes s'accumulent et qu'il n'y a point de tendance à réagir sur elles pour les expulser ; alors la respiration croupale ne diffère plus de la respiration des agonisants.

La dyspnée est ordinairement constante pendant toute la durée de la maladie ; mais elle offre des exacerbations et des rémissions remarquables, et c'est elle qui constitue surtout les *accès de suffocation* ; en examinant ceux-ci, nous verrons la part qu'on doit leur attribuer.

La respiration, dans le croup, est toujours accélérée. M. Hache dit que le chiffre qui la représente est rarement moindre que 30, et ordinairement entre 30 et 48. Voici ce que nous avons noté à cet égard. Dans nos observations, la fréquence des inspirations n'a point été au-dessous de 24, ni dépassé 56. Le terme moyen est 36-40. Nous n'avons point eu, comme M. Hache, des cas où la respiration soit descendue à 16. L'inspiration étant éteinte, lente, et comme réfléchie, on peut être porté à attribuer à la respiration ce caractère. Pour arriver à des résultats précis, il est nécessaire de compter avec la montre ou le compteur. Dans plusieurs cas, la respiration n'est point seulement serratique, mais encore elle s'accompagne de divers râles que l'on constate soit à distance, soit à l'auscultation. Lorsque le croup est déjà très-

avancé, qu'il y a une abondante sécrétion catarrhale, et que la cyanose est prononcée, très-souvent, en se tenant près du lit de l'enfant, on entend un râle laryngo-trachéal plus ou moins intense ; quelquefois ce râle est si prononcé, que, si l'on vient à ausculter le poumon, il masque les bruits respiratoires pulmonaires. Alors on n'entend qu'un murmure tumultueux dans tous les points de la poitrine. Par instants, ce râle, moins abondant, laisse entendre l'air qui pénètre dans les poumons, et permet de constater que, dans la grande majorité des cas, ce fluide distend encore les vésicules pulmonaires; c'est ce que nous avons vu dans la plupart de ces observations. Il est rare que l'expansion vésiculaire soit sans mélange de râle ordinairement muqueux et sibilant. La respiration est alors abondante ; c'est le bruit d'une *grosse corde de basse*. Le râle est quelquefois plutôt sous-crépitant, proprement dit à grosses bulles. Lorsqu'il y a de la pneumonie, on entend du véritable souffle, comme dans quatre de nos observations. Dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine*, M. Barth a insisté sur l'utilité de l'auscultation dans le croup et sur les services que ce mode d'examen pouvait rendre au diagnostic. Presque tous nos malades ont été auscultés, à diverses périodes de la maladie, par MM. Blache, Roger, Vigla, nos collègues, et par nous; jamais il n'a été possible de parvenir, au moyen de l'auscultation, à diagnostiquer de fausses membranes existant dans les bronches. Nous croyons que, si l'auscultation a pu rendre quelques services dans ces cas, cela a pu se rencontrer une ou deux fois, comme Laennec et M. Barth l'ont vu, mais que c'est excessivement rare ; pour nous, nous n'en avons pas constaté l'utilité dans un seul cas.

Il en est de même le plus souvent, quand les fausses membranes sont dans la trachée ou dans le larynx. Aucun signe stéthoscopique ne se décèle. Cependant il y a des exceptions, et le bruit de *soupape* ou de *claquement* valvulaire peut exister réellement; nous l'avons observé très-marqué dans 4 cas. Il existait ordinairement dans l'expiration, quelquefois dans les deux temps de la respiration. Dans un cas, l'inspiration était accompagnée d'une sorte de sifflement articulé qui coïncidait avec le bruit de soupape ; ce sifflement s'interrompait brusquement dans quelques inspirations, et alors le bruit de soupape se faisait très-bien entendre. L'expiration se faisait en plusieurs temps, comme si l'air expiré n'eût pu soutenir le poids de la soupape pendant toute la durée de l'expiration. La même raison faisait sans doute que certaines expirations ne s'achevaient pas.

Quels sont les caractères différentiels entre la dyspnée du croup

et celle d'autres maladies, au point de vue symptomatologique ? Et d'abord, la dyspnée du croup ne diffère de celle du *faux croup* que par les rémissions plus complètes, par la disparition plus rapide de celle-ci; mais son caractère est absolument le même dans le plus grand nombre de cas, comme je l'ai établi (*Thèse sur le faux croup*, 1848). La dyspnée *asthmatique*, outre qu'elle se montre surtout la nuit, diffère complétement de celle du croup en ce que l'expiration est beaucoup plus longue et comme *chantante*. Enfin, il n'y a aucune ressemblance entre la dyspnée du croup et celles du spasme de la glotte, de la pneumonie, de la bronchite, de la phthisie, des maladies du cœur, etc. Il est inutile d'insister là-dessus.

De l'expectoration. — L'expectoration est un phénomène essentiellement lié à la toux ; par conséquent, si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit de la toux, on verra que le plus souvent, quand l'expectoration existe, c'est au début qu'on l'observe, et qu'elle va peu à peu en diminuant jusqu'à la terminaison fatale. L'expectoration peut être simplement muqueuse, ou présenter de fausses membranes de consistance, de longueur et d'aspect divers. Il est des enfants chez lesquels il n'y a point d'expectoration, et qui cependant rendent, sous l'influence des efforts occasionnés par les vomissements, des fragments pseudo-membraneux. Il est beaucoup plus fréquent de rencontrer ces efforts d'expectoration que de l'expectoration véritable. L'expectoration muqueuse catarrhale est surtout marquée au début quand le croup succède à un rhume, à une rougeole, à une coqueluche, comme nous l'avons vu dans trois cas. Nous parlerons, au paragraphe *Anatomie pathologique*, des fausses membranes plus en détail.

De quelques autres symptômes locaux. — Dans presque tous les cas, les auteurs notent l'engorgement des ganglions sous-maxillaires comme à peu près constant. Nos observations ne confirment point cette remarque; car sur 37 cas, nous ne l'avons trouvé qu'une seule fois. Est-ce affaire d'épidémie, ou cela dépend-il de la nature de la maladie ? c'est ce que nous ne saurions dire ; toujours est-il que dans les inflammations bien tranchées, bien franches, de la partie supérieure des voies aériennes, le gonflement des ganglions sous-maxillaires se rencontre très-fréquemment. Au contraire, dans les affections catarrhales des voies aériennes, jamais on n'a observé ce symptôme ; nouveau fait qui rapproche le croup des catarrhes. J'insiste particulièrement sur cette absence de lésion des ganglions sous-maxillaires, car le contraire est dit par presque tous les auteurs. Cela n'est peut-

être qu'un fait d'épidémie. Dans plusieurs de nos cas, le phénomène est peut-être explicable ; dans la moitié, le croup n'a point été précédé d'angine pseudo-membraneuse. Il n'est donc point étonnant que, dans les épidémies où l'on a noté l'angine antérieure 46 fois sur 47 (M. Bretonneau), ce gonflement des ganglions ait existé. Cependant on ne le voit point dans nos cas où il y a eu angine couenneuse antécédente.

Lésions de la déglutition.—Le croup est une maladie des voies respiratoires ; il n'est donc point étonnant que la gêne de la déglutition ait été rarement observée. Si une fonction nous a paru intacte, c'est la déglutition dans le croup.

Les autres fonctions de sécrétion, d'excrétion, etc., ne sont guère troublées dans le croup.

Douleur au larynx. — La douleur au larynx a lieu surtout pendant les accès, il semble que l'enfant veuille arracher quelque chose ; nous l'avons observée.

Du cri. — Le cri est ordinairement absent; je ne l'ai observé que dans 2 cas pendant une rémission.

Des symptômes généraux du croup.—De la fièvre dans le croup. La fièvre est un phénomène constant ; nous n'avons observé qu'un seul cas de croup sans fièvre. L'accélération du pouls est assez grande; nous l'avons vue souvent être de 150 à 160. Ordinairement le nombre des pulsations varie de 120 à 140 ; les chiffres que nous avons rencontrés le plus souvent sont 130-136. Le pouls est ordinairement petit, rarement plein et développé ; je l'ai vu une fois intermittent ; son élévation dépend surtout de l'intensité des accès. Quelquefois, après l'expulsion de fausses membranes, il baisse sensiblement, ou bien l'accélération persiste, mais il est moins agité.

La *chaleur de la peau*, dans le croup, est ordinairement en rapport avec l'accélération du pouls, ainsi que M. Roger l'a constaté. Elle est quelquefois très-faible aux extrémités. Ceci a lieu surtout à l'approche et pendant la durée des accès. La chaleur de la peau diminue sensiblement dans la dernière période du croup. Le sang, alors moins oxygéné, ne porte plus aux organes qu'une vie languissante ; les enfants commencent déjà à mourir. La peau est ordinairement moite ; ceci tient aux efforts d'expectoration et aux accès.

Habitude extérieure. — L'habitude extérieure est des plus remarquables, elle est tout entière sous l'influence des lésions fonctionnelles. L'habitude offre une certaine expression de calme mêlée à une sorte d'anxiété qui se marque par la position de la tête et par l'expression des traits. Le décubitus est variable, or-

dinairement latéral en l'absence des accès, dorsal pendant ceux-ci. La partie antérieure du cou fait toujours fortement saillie en avant, et la tête a une tendance prononcée à s'élever et à se renverser en arrière.—En l'absence des accès, l'enfant est immobile dans son lit; les muscles respirateurs exécutent des mouvements plus prononcés qn'à l'état normal, mais d'une manière régulière. L'enfant est quelquefois assoupi, et son regard intelligent et comme méditatif suit les mouvements de tout ce qui se passe autour de lui. Il semble que plus l'état est désespéré, et plus la physionomie de l'enfant devient intéressante. La *cyanose* n'apparaît point dès le début de la maladie ; elle n'est qu'un phénomène d'asphyxie lente, et s'étend progressivement sur la face, les membres et tout le corps; elle ne manque dans aucun cas ; elle est surtout remarquable à la face et au cou, et à la partie supérieure de la poitrine. Elle consiste en une teinte bleuâtre d'une nuance particulière : le reflet de la peau est ardoisé, le fond est pâle. Elle est surtout marquée à la face, sur les traits zygomatiques, les ailes du nez et les lèvres. — Elle n'est point tout à fait spéciale au croup : elle appartient à peu près au même degré au faux croup et à certaines pneumonies graves. Cependant, dans la pneumonie, la cyanose est ordinairement accompagnée de coloration des pommettes. — Si je m'arrête avec un peu de détails sur certains symptômes du croup qu'on a l'habitude de ne faire que signaler, c'est que je les ai observés souvent, et que le croup ne peut être bien connu que par l'observation clinique des faits.—C'est à peine si l'on trouve de la céphalalgie dans le croup.

Des accès de suffocation.—A part les fausses membranes, il n'y a aucun phénomène pathognomonique du croup. Mais il est certains phénomènes qui sont tellement constants, qu'on peut presque les appeler *pathognomoniques*. Tels sont les *accès de suffocation*. Très-rarement ils se montrent comme phénomènes initiaux ; c'est un fait noté par tous les auteurs. Je n'ai vu le croup débuter de cette manière que dans deux cas; dans tous les autres, les accès ont toujours été précédés d'altération dans la voix, dans la toux ou la respiration. Le nombre, la durée, et l'intensité des accès varient beaucoup. — Très-souvent ils n'ont point existé avant l'entrée à l'hôpital, d'autres fois il en a été autrement. Le plus souvent, en entrant à l'hôpital, l'enfant était en proie à un accès de suffocation. Après des rémissions marquées, ou du moins une moindre intensité dans les symptômes, les accès reparaissent, et ils finissent par devenir l'origine des phénomènes de l'agonie, qui n'est qu'un accès prolongé. — Nous avons dit que la durée

était variable ; lorsque l'accès n'est pas ultime , il est bien rare qu'il dure une heure ; je ne l'ai vu qu'une fois durer aussi longtemps. Il ne dépasse guère un quart d'heure, et n'est ordinairement que de quelques minutes.

En quoi consiste l'accès ? Presque tous les auteurs se contentent de décrire l'aspect général pendant l'accès ; il nous semble qu'on ne s'est point attaché à décrire avec détails l'accès proprement dit. Nous avons pu, dans deux cas notamment, observer ce phénomène avec attention, et voici ce que nous avons constaté :

L'enfant qui va être pris d'un accès commence par avoir une oppression plus marquée, sa physionomie trahit une certaine inquiétude ; en même temps, les bruits de la respiration se prononcent davantage, et il commence à s'agiter ; quelquefois on entend un peu de toux, le plus souvent elle est absente, le râle laryngo-trachéal se prononce et masque les bruits normaux. Cet examen de la poitrine n'a point lieu d'ailleurs sans précipiter les accès. Ceux-ci peuvent se préparer ainsi pendant plusieurs heures quand l'enfant est tranquille et qu'on ne lui imprime aucun mouvement. Dans le cas contraire, un mouvement, une contrariété, l'administration d'un vomitif, les provoquent et les amènent rapidement. L'enfant s'agite ; ce ne sont d'abord que des mouvements de la tête qui cherche à se placer dans la position la plus convenable pour aspirer l'air qui commence à manquer ; ensuite viennent des mouvements de la totalité du corps. L'enfant se lève brusquement sur son séant, quelquefois debout sur son lit, puis il retombe, s'accroche aux barreaux de son lit, interroge d'un regard suppliant les personnes environnantes, et paraît en proie à une anxiété inexprimable ; quelquefois il porte la main à son larynx ou à sa bouche, et il a l'air de vouloir en arracher quelque chose. Dans quelques cas, les lésions de la respiration sont extrêmement remarquables. L'inspiration se fait avec une sorte de cri qui manque dans quelques-unes. A des intervalles presque réguliers, de 4 en 4 inspirations, survient une expiration plus longue que les autres, et qui se fait en plusieurs temps, comme si l'air avait à soulever un obstacle. C'est dans ce cas que l'on entend le bruit de *soupape*. Il y a en même temps des efforts d'expectoration qui cessent en général d'eux-mêmes, et après dix minutes, un quart d'heure au plus, l'enfant s'assoupit et l'accès est terminé. Pendant l'accès, le pouls est petit et fréquent ; la cyanose est très-prononcée.

L'accès peut se présenter sous une autre forme : l'inspiration est toujours gênée, mais l'expiration est normale. L'accès est dû

évidemment dans ce cas à l'accumulation de mucosités ou de fausses membranes. Dans ces deux formes, c'est à peine si l'on remarque de la toux. — L'accès croupal ressemble rarement à la quinte de coqueluche, qui se termine ordinairement par du vomissement ou une expectoration finale abondante. L'accès marche rapidement à une terminaison fatale, ou bien il cesse de lui-même sans expectoration, comme par une sorte de fatigue des organes, et est suivi d'assoupissement. Le rejet de fausses membranes ne le fait pas toujours cesser.

Pendant l'accès, les extrémités se refroidissent ; s'il est très-intense, il est suivi d'une sorte de prostration. Les pupilles se dilatent, les narines s'ouvrent largement, et si l'on ausculte la poitrine, on entend à peine les battements du cœur, et à de rares intervalles les bruits respiratoires.

Une remarque à faire à propos de l'auscultation dans le croup, c'est qu'elle est très-souvent difficile, et qu'à un certain degré, elle peut être compromettante pour la vie du malade. — Il faut ici beaucoup de prudence, et s'abstenir pour peu que les mouvements imprimés à l'enfant amènent de la suffocation. D'ailleurs il y a peu à attendre de l'auscultation. Dans un cas que j'ai observé avec M. Vigla, le matin même nous avions ausculté, et nous n'avions trouvé qu'un peu de matité à droite, et une faible diminution de la respiration. A l'*autopsie*, nous trouvâmes un peu de pneumonie, et toutes les bronches et la trachée tapissées de fausses membranes. — L'auscultation nous avait révélé la pneumonie, mais rien autre chose. Nous avons constaté ce fait plusieurs fois, et M. Blache nous a dit avoir constamment fait la même remarque.

Marche, durée, terminaison. — La marche du croup est en général très-rapide. — On y a distingué trois périodes : la première comprend les prodromes et le début, nous avons pu rarement l'observer ; la seconde est pour ainsi dire la période d'état, celle où la maladie est bien constituée ; enfin la troisième est marquée par l'aggravation de tous les phénomènes et les approches de la mort, ou par le retour à la guérison. Le croup parcourt vite toutes ses périodes. Albers a distingué une forme sthénique et une forme asthénique. Les cas ne sont ordinairement pas assez tranchés pour qu'on puisse les mettre exclusivement dans l'une ou l'autre de ces divisions. — Vers la fin, le croup est asthénique.

Quand la terminaison est fatale, la durée est toujours très-courte, le plus souvent elle n'atteint pas un septénaire et le dépasse rarement. Nous ne parlerons point ici de la durée après

la trachéotomie ; c'est un point que nous traiterons à propos du traitement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OHPTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 23. *Aperçu pratique sur la suppuration et les abcès de la prostate* ; par le docteur CIVIALE.

(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1848.)

Divers états morbides de la prostate et de ses annexes se terminent par la suppuration, qui tantôt est portée au dehors, à mesure qu'elle se forme, et tantôt donne lieu à une ou plusieurs collections variables par leur siége, leur grandeur, la nature des dépôts qu'elles contiennent, les tissus qu'elles envahissent, et le lieu par lequel le liquide s'échappe.

Il n'est pas rare de voir des sujets affectés d'une lésion quelconque de l'appareil urinaire rendre accidentellement une grande quantité de pus provenant des reins, ou de la vessie, mais quelquefois ce pus est fourni par la prostate, ainsi que je l'ai vu, et comme l'attestent d'ailleurs des faits recueillis par les observateurs modernes. On peut arriver presque avec certitude à être fixé sur la source de la suppuration ; il paraît toutefois que, dans certains cas, la méprise est difficile à éviter, ce que constatent des faits récents recueillis par d'habiles observateurs, J. B. Brodie, entre autres. Que le pus soit rendu accidentellement avec l'urine, ou qu'il soit retiré au moyen d'une sonde, la difficulté est la même ; et lorsque le malade vient à succomber, trop souvent on acquiert la preuve qu'on s'était mépris sur la provenance de la matière purulente.

La spéculation, c'est-à-dire les idées erronées, les opinions préconçues, se sont exercées avec une sorte de complaisance sur la formation de ces abcès, et sur la marche de la phlegmasie dont ils sont la conséquence. Suivant quelques chirurgiens anglais, et nous citerons J. B. Brodie, la suppuration s'établit d'abord, ou dans les conduits, ou dans le tissu cellulaire extérieur.

En France, nos professeurs de clinique s'expriment avec beaucoup de confiance, eu égard au siége primitif, aux causes, aux symptômes, etc., de la *prostatite*, soit aiguë, soit chronique, qu'ils comparent à l'inflammation de la parotide, de la mamelle, et de ganglions lymphatiques ; et l'on ajoute que « parmi ces inflam-« mations, les unes ont pour racine les canaux excréteurs, d'où

« une inflammation purement glanduleuse ; d'autres débutent « par les filaments qui constituent la trame de la glande, et n'ar- « rivent aux granulations proprement dites que secondairement. « Il est encore possible que la phlegmasie commence par la face « interne de la capsule, et qu'elle ne pénètre que consécutive- « ment dans le parenchyme de l'organe. On conçoit enfin que « l'inflammation ait pour point de départ l'intervalle des lames « aponévrotiques qui entourent ou qui avoisinent, soit le bas-fond « et le col de la vessie, soit la portion membraneuse de l'urèthre, « et qu'elle se communique de là à la glande prostate. » (*Gazette des hôpitaux* du 20 septembre 1842.)

Ce passage marque au moins un progrès dans les opinions de M. Velpeau, qui, en 1839, dans sa Médecine opératoire, avait gardé le silence sur la suppuration et les abcès de la prostate. On doit même penser que l'habile professeur y a été conduit par ses observations propres, car il ne mentionne pas celles que j'avais publiées en 1841. Quoi qu'il en soit de cette omission, on remarquera ce que je disais à cette époque : « Les abcès, auxquels donne lieu la suppuration de la prostate, résultent plus particulièrement d'un état phlegmasique de la membrane muqueuse tapissant le col vésical, la partie profonde de l'urèthre et les conduits qui y aboutissent, déterminé soit par des rétentions d'urine prolongées et les désordres multipliés dont les rétrécissements uréthraux deviennent la source ; soit par la présence de calculs au col de la vessie, dans l'épaisseur de la glande, ou dans la partie membraneuse de l'urèthre ; soit enfin par des manœuvres peu ménagées ou inhabiles, exercées avec des instruments qu'on cherchait à introduire dans la vessie. Toutefois, ils peuvent envahir aussi le corps même de la prostate. Sous ce dernier point de vue, Sœmmerring pense que le parenchyme est rarement affecté, et que l'enveloppe celluleuse devient seule le siége du travail inflammatoire. Mais on verra que le contraire précisément a lieu, puisque assez souvent on trouve la glande réduite à une simple coque, ce qui prouve que c'est sa capsule qui résiste le plus. »

Home semble croire que les abcès sont un mode de terminaison de la phelgmasie prostatique plus rare qu'aucun autre. C'est une erreur : les abcès de la prostate sont communs, chaque jour la pratique nous en offre des exemples ; et l'on en découvre fréquemment à l'ouverture des cadavres; seulement on ne les reconnaît pas toujours pendant la vie.

En nous traçant aujourd'hui une description compassée de la marche de la phlegmasie, et en accolant à la formation des abcès prostatiques une liste de signes de convention pense-t-on faire

progresser la science? Je ne saurais l'admettre. Eu égard au diagnostic, je rappellerai une remarque qui s'applique à la plupart des maladies du col vésical. Les principaux troubles fonctionnels qu'on observe tiennent à la dysurie ; or, dans les cas d'abcès, il n'est pas démontré que les difficultés d'uriner aient des caractères spéciaux.

Ces abcès sont les uns petits, circonscrits, et disséminés soit à la surface, soit dans la partie profonde de la glande où ils forment une série de petites cavités ; et les autres, plus ou moins diffus et volumineux, occupent le centre de l'organe qu'ils réduisent à une sorte de coque ou d'enveloppe ; et toutes les variétés intermédiaires peuvent se présenter. Quant aux signes propres à les faire soupçonner, ils sont plus obscurs encore, plus vagues et plus incertains, que ceux des autres altérations de la prostate.

Home dit qu'ils provoquent plusieurs symptômes qui leur sont communs avec ceux de la phlegmasie du *verumontanum ;* mais comme cette dernière inflammation est loin d'avoir des caractères tranchés, la comparaison du chirurgien anglais ne nous apprend absolument rien.

Si la glande est déjà tuméfiée, le gonflement ne devient pas toujours plus considérable qu'auparavant, et si elle était sans hypertrophie, elle n'augmente pas toujours de volume, comme le prétend Sœmmerring. Baillie dit avoir vu cet organe contenir un abcès, sans que ses dimensions ordinaires eussent subi aucune altération par le fait de la formation du dépôt. La saillie dans le rectum fournit rarement des indices suffisants. Quant au suintement qui tache le linge, aux dépôts qui se précipitent dans l'urine, et à l'odeur infecte que cette dernière exhale, etc., encore une fois ce ne sont point là des symptômes caractéristiques, comme on l'a dit, puisqu'ils se trouvent dans des cas où n'existe nul vestige de l'état pathologique dont il s'agit ici. Le jet de l'urine est bien déformé, et l'excrétion irrégulière, difficile, douloureuse, souvent même accompagnée des plus vives angoisses ; mais l'art ne fournit aucun moyen de découvrir la cause réelle de ce trouble, qui se manifeste d'ailleurs dans plusieurs autres maladies de l'appareil urinaire. La sonde, même dirigée avec adresse et précaution, ne procure pas de notions plus satisfaisantes ; elle cause parfois d'excessives douleurs ; mais de pareilles angoisses ont lieu aussi dans d'autres circonstances, de sorte qu'elles sont sans valeur pour établir le diagnostic. En un mot, le praticien se trouve, eu égard aux signes rationnels, dans un dénûment absolu de moyens propres à lui faire connaître avec précision l'état morbide des parties.

D'un autre côté, il n'est pas rare de voir les abcès prostatiques, même considérables, ne causer pendant la vie que des sensations tellement vagues, qu'on ne les soupçonne même pas ; et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on découvre les désordres. Or, si la science ne possède pas un plus grand nombre de faits de ce genre, cela tient à ce qu'on ne fait pas assez souvent des ouvertures de corps et même à ce que, ne soupçonnant rien du côté de la prostate, les recherches nécropsiques ne sont pas dirigées vers ce point.

Le diagnostic est encore plus obscur lorsqu'il existe en même temps d'autres lésions, soit un rétrécissement de l'urèthre, soit un calcul vésical, etc., auxquelles puissent être attribués les désordres généraux qu'on observe. Brodie parle d'un homme de trente ans, qui avait des douleurs de reins et des besoins fréquents d'uriner ; il mourut subitement d'apoplexie ; on trouva derrière la crête uréthrale une ouverture communiquant avec un abcès qui occupait la partie postérieure de la prostate. M. Lallemand cite le cas d'un homme, aussi mort d'apoplexie à la suite d'une rétention d'urine déterminée par un rétrécissement uréthral, et chez lequel on trouva la prostate triplée de volume, mais plus saillante du côté de la vessie que vers le rectum, et fournissant, lorsqu'on la pressait, une matière purulente, qui provenait d'une trentaine de petits abcès. Le 3 mars 1839, un vieillard de quatre-vingt-trois ans mourut d'épuisement à l'hôpital Necker. Entre autres lésions de l'appareil urinaire, l'autopsie révéla une collection purulente dans le lobe latéral gauche de la prostate. Pendant les vingt jours qu'il était resté dans l'établissement, on n'avait rien aperçu en lui qui pût faire soupçonner l'existence de cet abcès.

Quant aux foyers considérables de pus qui se développent dans le parenchyme même de la prostate, on peut parvenir à les reconnaître à l'aide du doigt introduit dans le rectum. La fluctuation est quelquefois tellement manifeste, qu'on ne saurait s'y méprendre. M. Lallemand, en portant le doigt dans l'anus d'un malade, s'aperçut que la prostate était aplatie, molle et flasque, ce qui lui fit présumer qu'un écoulement de pus, qui avait lieu par la verge, provenait de la glande détruite par la suppuration ; et dans les tentatives pénibles qu'il fit pour franchir le col de la vessie avec une sonde, il sentit si bien l'instrument à travers cette partie flasque, que sa conjecture devint presque de la certitude pour lui. J'ai rencontré un cas de ce genre : la tumeur saillante dans le rectum était considérable, et l'on croyait sentir une sorte de fluctuation à une grande profondeur ; on recula toutefois devant les suites que pouvait entraîner une incision faite en ce lieu,

surtout chez un vieillard épuisé par des souffrances inouïes, d'abord intermittentes, puis enfin continues. Mais, dans certains cas, ces explorations n'apprennent rien de positif; ces cas ne sont même pas rares. J'indiquerai le suivant, dont on lit les détails dans les *Archives générales de médecine de* 1842.

Au rapport de M. Laforgue, un homme de vingt-quatre ans, sans affection vénérienne préalable, éprouva, à la suite de quelques excès de boisson, une rétention d'urine qui dura douze heures, et qui avait été précédée de quelques difficultés d'uriner, dont le malade ne s'occupa point jusqu'à ce que les douleurs devinrent insupportables et qu'elles l'empêchèrent de continuer son métier de coutelier-repasseur.

A son admission à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, on trouva la vessie distendue, et l'urèthre tellement irritable qu'on fut obligé d'ajourner le cathétérisme et de prescrire une médication sédative. La sonde pénétra ensuite, mais non sans causer une vive douleur, à la partie profonde de l'urèthre, et l'on éprouva à la région prostatique une difficulté dont on ne put découvrir la cause. La sonde donna issue à une grande quantité d'urine naturelle, et le malade fut soulagé; mais il ne recouvra pas la faculté d'uriner naturellement; il fallut de nouveau recourir au cathétérisme évacuateur, car la distension de la vessie ramenait les douleurs. Cette opération fut répétée durant plusieurs jours sans qu'il survînt de changements notables.

Le septième jour, il rendit naturellement un peu d'urine qui produisit une douleur brûlante à la partie profonde de l'urèthre, mais l'état général s'aggravait; il survint de la fièvre avec frisson, chaleur et sueur, suivie d'abattement, avec soif vive, langue sèche, mais sans douleur locale, et l'urine sortait assez librement. On eut recours aux préparations de quinquina, qui ne produisirent pas l'effet qu'on en attendait. La fièvre augmenta; il survint des douleurs dans les membres, à la poitrine, de l'oppression, de la toux, du délire, météorisme du ventre, décomposition des traits, et enfin la mort. Pendant cette dernière période, dit l'auteur, les organes urinaires, siége de l'affection primitive, paraissaient être rentrés dans l'état normal.

Autopsie : Une petite quantité d'urine trouble dans la vessie, dont la membrane muqueuse présente vers le bas-fond des taches grisâtres de 8 à 10 millimètres, semblables à celles qui résultent de l'application du nitrate d'argent. Ces plaques sont superficielles; du reste, la membrane est saine et les parois de la vessie à l'état normal.

« Dans toute la portion prostatique du canal, la muqueuse

« uréthrale est mobile, fluctuante et ramollie. Elle est percée « de plusieurs ouvertures situées sur les parties latérales du « vérumontanum. Ces ouvertures sont petites, allongées, au « nombre de cinq; la plus grande peut avoir 8 millimètres de « longueur; elles communiquent avec l'intérieur de la prostate. « Au delà de la région prostatique, la muqueuse uréthrale ne « présente pas d'altération.

« Au-dessous des ouvertures dont je viens de parler, existe « un vaste foyer purulent qui occupe l'iutérieur de la prostate « et qui se prolonge en arrière entre la vessie et le rectum. « Cette dernière région est convertie en clapier, limité en avant « par la paroi inférieure de la vessie, en arrière par le rectum, « en haut par le péritoine et communiquant en avant avec « l'abcès de la prostate. Les parois de la vessie et du rectum « sont baignées par le liquide purulent qui remplit ce large « foyer; elles ne sont ni ulcérées ni perforées, mais elles sont « recouvertes par des détritus provenant de la mortification du « tissu cellulaire. La prostate n'est pas complétement détruite « par la suppuration. La cavité centrale, remplie de pus, est « circonscrite en avant et latéralement par une couche mince « du tissu glanduleux, et par la membrane fibreuse; mais en « arrière, la base de la glande étant détruite, cette cavité se « confond avec le clapier vésico-rectal. Ce vaste foyer est rem- « pli par un liquide purulent, grisâtre, fétide, ayant une odeur « ammoniacale : c'est un mélange de pus et d'urine, contenant « des débris de tissus gangrenés. »

On trouve, dans les auteurs, plusieurs cas de semblables collections qui se sont ouvertes, les unes dans la vessie, comme l'a vu J.-L. Petit; les autres dans l'urèthre, soit d'elles-mêmes, soit pendant que le chirurgien se livrait à des explorations pour constater la nature du mal. Ainsi, Home en cite un dans lequel la sonde, parvenue à la partie prostatique de l'urèthre, évacua une grande quantité de pus, ce qui n'empêcha pas le malade d'être guéri au bout de dix jours. M. Marjolin en rapporte un analogue, avec cette différence toutefois que le sujet succomba et qu'on découvrit un vaste abcès autour de sa prostate indurée. Dans un autre, rapporté par M. Lallemand, on trouva les deux côtés de la partie supérieure de la prostate pâles, très-denses et plus épais que de coutume; en les écartant, après les avoir divisés, on vit la face inférieure de la partie prostatique de l'urèthre percée, comme une écumoire, d'un grand nombre de trous communiquant dans une cavité, d'où l'on faisait sortir un liquide purulent, mêlé de sang; cette cavité anfractueuse, inégale, et

d'un pouce de diamètre dans tous les sens, remplaçait le corps de la prostate, qui ne conservait plus que sa coque, laquelle, même du côté du rectum, n'avait qu'une ligne d'épaisseur. Un homme dont parle Ch. Bell fut attaqué de strangurie après avoir eu pendant longtemps beaucoup de peine à uriner. La sonde ne put arriver dans la vessie ; mais, en la retirant, l'urine coula. Le lendemain, le malade sentit quelque chose se rompre au col de la vessie, et il sortit une grande quantité de pus. Un gros cathéter pénétra ensuite dans la poche urinaire ; cependant, lorsqu'on voulut répéter l'opération, on n'obtint plus le même résultat; l'instrument pénétra dans un abcès de la prostate, et de là dans la vessie. Il sortit une certaine quantité de pus et d'urine, puis survint une péritonite qui amena la mort au bout de quelques jours. On trouva les parois vésicales fort épaisses, et la surface interne du viscère très-enflammée. A la prostate, il y avait un large abcès, s'étendant entre le rectum et la vessie. Cette dernière et le foyer communiquaient ensemble par une ouverture du diamètre du cathéter ; la partie correspondante de la membrane muqueuse était fortement ulcérée.

Chez certains sujets, l'abcès de la prostate évacue son contenu dans la cavité abdominale. Ch. Bell parle d'un homme qui était atteint d'un rétrécissement uréthral, et qu'on traita par des bougies mal dirigées. L'abcès s'était formé entre le rectum et la vessie.

Chez d'autres enfin, c'est par le rectum que le pus s'évacue. M. Caire a observé un malade attaqué d'un rétrécissement, qui, ayant été traité par la cautérisation et la dilatation, fut pris, au bout de quelques jours, de symptômes généraux dépendant d'une affection de la prostate. Un abcès s'ouvrit spontanément dans le rectum. Cependant le pus coulait aussi en partie par l'urèthre. On fit porter des sondes à demeure, et la guérison eut lieu. Je rapporterai plus loin un cas analogue.

Home parle de ces abcès s'ouvrant spontanément dans l'urèthre, même avant que le chirurgien soit appelé, comme d'un phénomène ordinaire. Il en est d'autres qu'on ouvre en introduisant la sonde ; suivant quelques modernes, le fait ne serait même pas rare ; à la vérité, les observations sur lesquelles on s'appuie ne sont peut-être pas aussi concluantes qu'on l'a prétendu. Tel n'est pas le cas rapporté par M. Bonnafont, d'un soldat, chez lequel des injections de nitrate d'argent donnèrent lieu à un abcès de la prostate, accompagné de rétention d'urine. La seconde introduction de la sonde donna issue à beaucoup de pus et le malade guérit. Il est d'observation cependant que ceux qui sont circon-

scrits s'ouvrent rarement ; on les trouve, pour la plupart, enveloppés dans des espèces de kystes. Il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une incision, lorsque la fluctuation est indubitable et le foyer placé d'une manière favorable ; elle aurait d'autant plus de succès que la collection serait plus rapprochée de l'ouverture anale. Dans un prochain article nous prouverons par des faits l'utilité de cette opération.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 24. *Observations de nævi materni, traités avec succès par le procédé de* M. FAYOLLE *modifié* ; par M. MALGAIGNE.

(Revue médico-chirurgicale, mai 1848.)

Après avoir appliqué deux fois le procédé de M. Fayolle pour la guérison des tumeurs érectiles, nous relatons ici ces deux observations.

Le procédé de M. Fayolle consiste essentiellement dans le passage d'épingles nombreuses au-dessous de la tumeur et dans les tissus sains, pour l'étreindre dans une sorte de ligature multiple. La striction opérée sur ces épingles, à l'aide de fils entortillés, fait former à la tumeur un bourrelet saillant ; mais, au bout de six à sept jours, selon l'auteur, cette portion de la tumeur se détache et laisse à sa place une cicatrice linéaire.

Dans notre premier essai, ce bourrelet nous parut si saillant que nous ne pûmes résister au désir de l'exciser ; et, pour obtenir plus rapidement la cicatrice, nous ajoutâmes, à la suture entortillée, la suture entrecoupée des bords de l'excision. Malgré cet auxiliaire, la suture entortillée coupa les chairs sans rien faire tomber de ce qui restait de le tumeur, absolument comme dans le bec-de-lièvre ; résultat, du reste, qu'on aurait pu prévoir. La guérison n'en a pas moins eu lieu, bien que par un mécanisme différent de celui qu'avait indiqué M. Fayolle.

Dans le second cas, l'étendue de la tumeur n'aurait pas permis l'emploi de la suture entortillée ; nous y avons substitué l'enchevillée, en y joignant toujours l'excision consécutive de la tumeur.

Au total, les épingles ou les fils passés sous la tumeur et serrés fortement empêchent le sang d'aborder aussi facilement dans ses vaisseaux, sans toutefois l'intercepter, comme on le verra dans la seconde observation ; mais les tissus, ainsi privés de la majeure partie de leur circulation surabondante, sont plus aptes à contracter une inflammation de bonne nature qui achève de les transformer ; et c'est à quoi l'excision et la deuxième suture nous ont paru contribuer très-utilement.

Nœvus situé au-dessous de la paupière inférieure; suture entortillée à la base; excision et suture entrecoupée des bords; guérison.

Obs.. I. — Julie-Marie Térisse, âgée de 5 mois et demi, fut apportée à la consultation le 8 octobre 1847. Lors de sa naissance, on avait remarqué, à la partie moyenne de la paupière inférieure droite, une ligne rougeâtre saillante, grosse comme un fil, longue d'un centimètre environ, à peu près parallèle au grand axe de la face. L'enfant fut nourrie au biberon; elle paraît aujourd'hui fort bien portante et n'a jamais été malade; mais la ligne rougeâtre prit de l'accroissement et acquit tous les caractères d'un *nœvus maternus*. La mère en rapporte l'origine à une envie de confitures de cerises, qu'elle n'aurait pu satisfaire, vers le cinquième mois de sa grossesse.

Ce nœvus forme aujourd'hui une tumeur rouge aplatie, peu saillante quand l'enfant est en repos, mais qui se gonfle lorsqu'elle crie : il offre alors près de 3 millimètres d'épaisseur. Il est de forme ovale; son grand diamètre, long d'environ 15 millimètres, est perpendiculaire à la moitié du bord libre de la paupière inférieure, dont il est distant de moins d'un demi-centimètre; son petit diamètre à 1 centimètre.

Six épingles fines furent passées au-dessous de la base de la tumeur, de manière à rentrer et sortir dans la peau saine à 1 millimètre de distance de la partie érectile, et le nœvus étant comprimé, à l'aide d'une pince à disséquer engagée par-dessous les épingles, fit alors une telle saillie que M. Malgaigne jugea à propos d'en enlever une bonne partie d'un coup de ciseaux. Les bords de cette incision furent réunis par dix points de suture entrecoupée, au-dessus de chaque épingle; puis les épingles furent réunies par des anses de fil comme dans la suture entortillée.

L'enfant fut ramenée le 11; les chairs s'étaient coupées au niveau des épingles; celles-ci furent enlevées avec toutes les anses de fil, et l'on pansa avec la charpie cératée.

Le 12, tous les petits lambeaux, résultat de la section des épingles, furent enlevés avec des ciseaux; il en résulta une plaie de fort bon aspect, plus étendue en travers qu'en hauteur, contrairement à ce qu'était la tumeur enlevée (même pansement). L'enfant fut ensuite pansée tous les jours; la cicatrisation eut besoin d'être activée trois fois à l'aide du nitrate d'argent; et, le 30, elle était complète. La cicatrice était unie, rosée, la paupière bien à sa place, sans aucun tiraillement. Quatre lignes rougeâtres transversales indiquaient le sillon tracé par les épingles; une autre perpendiculaire et un peu plus large

était le dernier vestige de la perte de substance du tégument.

Nous avons revu l'enfant depuis ; la cicatrice a pris la couleur de la peau environnante : les lignes rougeâtres se sont effacées ; et il faut examiner la face de près pour reconnaître la trace du nœvus et de l'opération.

Nœvus ulcéré du pli du coude ; suture enchevillée par-dessous la tumeur ; excision et suture entortillée des bords ; guérison.

Obs. II. — Marie Piccolet, âgée de 8 mois, avait apporté en naissant, sur la partie externe et antérieure du bras gauche, du pli du coude et de l'avant-bras, une tache que la mère rapporta à une envie non satisfaite de manger du foie. Cette tache était d'un rouge livide, ne dépassait pas le niveau de la peau saine, et avait à peu près la même étendue qu'aujourd'hui. L'enfant fut envoyée en nourrice ; elle a été rapportée ces jours derniers à cause de l'état de son membre, et on l'amena à la consultation le 22 novembre.

On voit donc, à la région indiquée, une tumeur fongueuse de 7 centimètres de longueur sur 5 de large, recouverte de bourgeons rougeâtres, dont quelques-uns ont près d'un centimètre de saillie. Toute sa surface est baignée par un suintement purulent, qui parfois contient du sang. Du reste, la santé de l'enfant ne paraît pas altérée.

Comme la largeur de la tumeur était telle, qu'elle comprenait le tiers de la circonférence de l'avant-bras, il était difficile de faire passer des épingles sous sa base sans traverser les muscles ; et de plus, la suture entortillée eût été trop faible ici pour rapprocher les deux côtés de la tumeur. M. Malgaigne adopta donc la suture entortillée, et il passa les fils sous la tumeur, à l'aide d'une aiguille courbe dont la concavité fut dirigée du côté des muscles jusqu'à ce que la pointe eût, pour la seconde fois, traversé la peau. Il plaça, à la base de la tumeur, cinq points de suture enchevillée, perpendiculaire à son grand diamètre, en faisant pénétrer et sortir l'aiguille à un quart de centimètre environ de la base du nœvus ; on serra fortement les fils, de telle sorte que la surface malade diminua de 2 centimètres en largeur. En revanche, elle faisait une saillie en boudin assez considérable. On réséqua toute la portion saillante jusqu'à 1 ou 2 millimètres de sa base, non sans un écoulement assez considérable de sang ; sept épingles furent placées sur les bords même de cette solution de continuité pour les rapprocher le plus possible par sept points de suture entortillée ; et cette suture terminée arrêta complétement l'hémorrhagie.

Le bras fut ensuite fixé dans l'extension à l'aide de deux attelles; la plaie couverte d'un plumasseau de charpie, maintenu avec une compresse et une bande, et le tout enveloppé dans les langes de l'enfant.

Le 24, la suppuration était assez abondante, avec un peu de rougeur à la peau circonvoisine; sans déplacer les attelles, on fit mettre des cataplasmes sur la plaie.

Le 26. Les parties traversées par les fils commencent à se couper, toute la plaie baigne dans la suppuration. — *Même traitement.*

Le 27. Les trois épingles inférieures ont traversé les parties et sont tombées. Les rouleaux de diachylon de la suture enchevillée tiennent à peine; la rougeur du bras tend à diminuer.

Le 28. On tire un peu sur les fils, et toutes les parties qu'ils étreignaient tombent avec eux; il reste une plaie de fort bon aspect. — *Même traitement*

Le 29. Il n'y a plus de rougeur de la peau. On suspend les cataplasmes; les attelles sont conservées; on panse avec du linge cératé la plaie qui a alors 8 centimètres de long sur trois de large.

Dans les premiers jours de décembre, la plaie commença à se cicatriser sur les bords, surtout aux extrémités de son grand diamètre. Le 16, elle était réduite à 4 centimètres 1/2 en longueur et à 25 millimètres de largeur en moyenne; car, dans ce sens, la cicatrice marchait irrégulièrement. Le 22, elle n'avait plus que 25 millimètres de long sur 2 de large; et elle ne tarda pas à se fermer tout à fait.

On se hâta alors de délivrer le bras des attelles qui l'avaient maintenu si longtemps dans l'extension forcée. Il n'y avait aucune roideur du coude, ce qui nous surprit fort agréablement; mais les premiers mouvements de flexion tendent à tirailler en un sens et à plier dans l'autre cette cicatrice encore tendre; en quelques jours elle se rompit en plusieurs points. La nouvelle ulcération n'avait toutefois aucun aspect fâcheux, et le tissu du nœvus paraissait bien ramené à l'état fibreux simple. En effet, le repos absolu et l'extension à l'aide de deux attelles procurèrent bientôt une cicatrice nouvelle, que l'on prit soin de laisser s'affermir avant de permettre les mouvements de flexion; et la cure du nœvus a été radicale.

Nous ne quitterons pas ce sujet sans rappeler que le procédé de M. Fayolle ressemble beaucoup à celui qu'indique A. Paré.

« *Celles* (les taches de naissance) *qui sont médiocrement larges et esleuées en tumeur*, dit Paré, *ayant poil comme une taulpe ou*

souris, seront liées selon leur largeur et grosseur, passant une aiguille au travers de leur racine en trois ou quatre endroits, plus ou moins, qui est le moyen de les faire tomber n'ayant plus de nourrissement et de vie. » Edit. Malgaigne. t. II, p. 680.

Ce procédé se rattache d'ailleurs aux ligatures multiples, que feu M. Mayor ne soupçonnait pas peut-être rencontrer si loin.

OPHTHALMOLOGIE. — 25. *Sur une espèce de diplopie binoculaire-musculaire non encore décrite*; par le docteur SICHEL.

(Revue médico-chirurgicale, mai 1848.)

La *diplopie* (vue double), a été partagée en *unioculaire* et *binoculaire*.

Dans la première, le phénomène de la perception double d'un objet simple s'opère dans un seul œil, et persiste quand son congénère cesse de fonctionner, ou bien il s'opère dans les deux yeux simultanément et alors ne disparaît point pendant l'occlusion de l'un des deux. Le siége de la maladie est dans les milieux réfringents ou dans la rétine. Ce n'est pas de cette maladie que nous nous occupons ici.

La *diplopie binoculaire* tient essentiellement à un dérangement dans le parallélisme des axes visuels, soit par une maladie des muscles ou des nerfs musculaires de l'œil, soit par un changement de la position du globe oculaire produit par une tumeur de l'orbite ou par toute autre cause. Le symptôme pathognomonique de cette espèce de diplopie est celui-ci : les objets simples sont perçus deux fois, dans certaines directions, tant que les deux fonctionnent ensemble ; mais l'un des yeux, n'importe lequel, est-il fermé ou bandé, la vision devient immédiatement simple, nette et normale, quelle que soit la direction dans laquelle l'objet est placé.

Les espèces les plus marquantes de ce genre de diplopie sont constituées par *la paralysie du nerf abducteur du globe oculaire* (6e paire), et par *celle du nerf moteur oculaire commun* (3e paire). Les symptômes pathognomoniques de la première de ces maladies sont l'impossibilité de diriger l'œil malade au dehors et, par suite, un strabisme convergent et une diplopie au moment où le malade tente de diriger les deux yeux vers le côté où réside la paralysie. Souvent le malade peut distinguer que l'image réelle de l'objet se trouve du côté du nerf paralysé, c'est-à-dire à gauche quand l'œil gauche est malade, et *vice versâ* ; et que l'image fausse, plus pâle, moins complète et moins nettement dessinée, occupe le côté de l'œil sain.

La paralysie du nerf moteur oculaire commun, à cause du

nombre des rameaux de ce nerf, a des symptômes pathognomoniques plus complexes. Dans le cas où la paralysie est complète, ils sont les suivants : chute complète de la paupière supérieure, impossibilité de diriger le globe en dedans, en haut et en bas, dilatation et immobilité de la pupille. De ces symptômes en dérivent d'autres au moment où on relève la paupière supérieure à l'aide du doigt : un strabisme divergent a lieu pendant que le regard se dirige du côté de l'œil sain ; simultanément, les objets placés de même côté sont perçus doubles. En même temps, la dilatation de la pupille produit les symptômes du mydriasis (presbytie et vue plus ou moins trouble, tant qu'on ne place pas devant l'œil malade une plaque opaque, perforée d'un petit trou au centre, et un verre convexe assez fort, etc.)

Les phénomènes que nous venons d'exposer ne sont pas toujours aussi tranchés. Dans certains cas, la diplopie dépend manifestement d'une paralysie de la 3e ou de la 6e paire, accusée par tous ses caractères, qui, seulement, sont peu développés. Dans d'autres cas, il n'y a d'affecté qu'une partie d'un de ces nerfs ; ainsi ce peut être la branche supérieure du nerf de la 3e paire qui fournit les nerfs élévateurs de la paupière supérieure et du globe. Il en résulte le ptosis (abaissement et immobilité de la paupière supérieure), l'immobilité du globe en haut et la double vue avec position de l'image nette plus élevée que celle de l'image confuse, sans mydriasis ni immobilité du globe en dedans et en bas.

Dans d'autres cas encore, un seul rameau de la 3e paire peut-être paraysé. Ainsi (à part la paralysie de l'élévation de la paupière supérieure, où il n'existe qu'une simple ptosis, complet ou incomplet, sans diplopie), le rameau nerveux du muscle élévateur du globe peut être seul le siége de la maladie. Alors l'œil est immobile ou peu mobile dans la direction en haut. Il est placé plus bas que son congénère, quand le malade regarde en haut ; et, dans le même moment, il existe une diplopie, pendant laquelle l'image fausse occupe la position la plus basse. Le rameau nerveux du muscle abducteur est-il paralysé, alors le globe est immobile ou peu mobile dans la direction en dedans ; lorsque le regard se fixe sur des objets placés du côté de l'œil sain, il survient un strabisme divergent avec une diplopie dans laquelle l'image diffuse se trouve placée sur le côté de l'œil malade. Le rameau du muscle abaisseur à son tour peut être paralysé ; immobilité plus ou moins grande du globe dans la direction en bas, position plus élevée de cet organe quand le malade regarde en bas, image réelle plus basse que la fausse, tels sont les symptômes

principaux qu'on observe alors. Dans ces trois variétés de la paralysie incomplète de la 3e paire qui se sont fréquemment présentées à notre observation, l'image réelle persiste et la fausse disparaît avec l'occlusion de l'œil malade.

D'après les symptômes pathognomoniques bien caractéristiques que nous venons d'exposer, tous ces cas admettent encore un diagnostic positif. Ils prouvent en même temps, d'une manière éclatante, jusqu'où peut aller la précision de la localisation en nosologie. Mais ce ne sont point encore ces deux espèces de la diplopie binoculaire fondées sur la paralysie incomplète, mais manifeste des 3e et 6e paires, qui forment le sujet proprement dit de cette note. Notre but est plus particulièrement de signaler de cette maladie une espèce moins nettement caractérisée, plus rare, plus difficile à reconnaître, et, par ces raisons, peu connue et non encore décrite. Il arrive que des personnes qui éprouvent le phénomène de la vue double ne présentent aucune divergence des axes visuels et aucun des autres symptômes auxquels on peut reconnaître la paralysie, même incomplète, des nerfs moteur oculaire commun ou abducteur. Les objets leur paraissent doublés par moment, sans qu'elles puissent elles-mêmes se rendre un compte exact ni des directions de l'œil pendant lesquels ce phénomène a lieu, ni des autres circonstances concomitantes, ni des antécédents. Aucune immobilité, aucun strabisme divergent ne peut être perçu par l'observateur au moment de la diplopie. L'embarras du praticien est souvent très-grand dans ces cas, notamment s'il ne connaît pas déjà par son expérience propre la paralysie incomplète de la 3e paire. Un examen attentif cependant fournit les données suivantes, capables de le guider vers un diagnostic assuré et une thérapeutique rationnelle et efficace.

Le phénomène de la vue double n'a lieu que pendant les mouvements du globe dans un sens déterminé, indiquant l'action de tel muscle à l'exclusion des autres, sans que pourtant on puisse, du moins dans le commencement de la maladie, reconnaître bien positivement un amoindrissement de l'action de ce muscle et une anomalie dans le parallélisme des axes visuels. La position relative de l'image nette et de l'image confuse, pendant l'action simultanée des deux yeux, la disparition de l'une ou de l'autre au moment où l'un des yeux est fermé, la position relative que l'image persistante conserve ou prend alors : toutes ces circonstances comparées avec ce que nous avons dit sur les symptômes de la paralysie incomplète ou partielle des nerfs des troisième et sixième paires, peuvent fournir autant d'éléments pour un diagnostic plus ou moins exact.

Mais quand bien même ce diagnostic ne saurait être poussé jusqu'à une localisation de la dernière précision, il ressortira toujours des circonstances indiquées l'existence d'une *diplopie binoculaire musculaire*, c'est-à-dire résidant dans un ou plusieurs des ramuscules nerveux des muscles du globe. En y joignant la cause de cette diplopie qui, le plus souvent, est une congestion cérébrale manifeste, on arrive à une thérapeutique très-assurée. Presque toujours le malade a éprouvé des vertiges, des douleurs de tête plus ou moins circonscrites, des bourdonnements d'oreilles, de la pesanteur de la tête, un affaiblissement de la mémoire ou de l'ouïe, des engourdissements dans les membres. Lorsque la céphalalgie est fixe, que les bourdonnements d'oreille, les engourdissements ou fourmillements dans les extrémités, etc., occupent plutôt un côté du corps que l'autre, alors on peut, de ces éléments pathologiques réunis à ceux de la première série, tels que la direction dans laquelle la double vue s'opère, la position de l'image fausse, etc., tirer des indices précieux pour raffermir le diagnostic. De toute manière, la nature des symptômes cérébraux indique un traitement antiphlogistique et dérivatif. On emploiera donc les petites saignées générales, les applications de sangsues et de ventouses scarifiées pratiquées alternativement aux tempes, aux apophyses mastoïdes, à la nuque, entre les épaules d'une part, et d'autre part aux extrémités inférieures, à la région lombaire, à l'anus. On aura recours aux purgatifs réitérés, aux pédiluves irritants, aux fomentations et affusions froides de la tête, aux boissons délayantes. On secondera l'action de ces moyens par un régime doux et peu nourrissant, le repos des yeux et de la tête et l'exercice au grand air. Dans une période plus avancée du mal, on se servira avantageusement des révulsifs, tels que des exutoires appliqués aux bras, des vésicatoires volants promenés au haut de la nuque et derrière les oreilles, plus tard même sur le front, les tempes et les pommettes. A la même période, c'est-à-dire, lorsqu'à l'irritation congestive succède l'asthénie, des frictions seront faites, sur tout le pourtour de l'orbite, avec des liniments excitants, comme par exemple l'alcool camphré ou le romarin additionné de baume de Fioravanti et, au besoin, d'une petite quantité d'ammoniaque.

Dans un certain nombre de cas, les symptômes congestifs sont compliqués de ceux de rhumatisme chronique dans les extrémités ou dans les articulations du tronc et de la colonne vertébrale, surtout dans le voisinage de la tête. Quelquefois même ces symptômes d'affection rhumatismale existent seuls, sans ceux de la congestion cérébrale. Ici, la guérison ne s'accomplit point sans

un traitement anti-rhumatismal, sans le rétablissement et la fixation du rhumatisme sur les parties qu'il occupait autrefois, notamment sur les parties les plus éloignées de la tête. Nous passons sous silence les cas où, à la suite d'une congestion ou d'une inflammation cérébrale, il s'est développé des épanchements ou des altérations organiques commençantes dans les centres nerveux, exigeant les uns et les autres un traitement spécial, et dont les chances de curabilité sont malheureusement beaucoup moindres et si fréquemment nulles.

Lorsque le traitement prescrit contre de pareilles diplopies binoculaires musculaires n'avait pas été employé dès le commencement, ou n'avait pas été suivi avec une énergie ou une régularité suffisante, nous avons souvent vu une paralysie complète de l'un ou de l'autre des nerfs musculaires de l'œil se développer plus tard. Il s'est présenté chez moi, il n'y a pas longtemps, une femme d'une cinquantaine d'années que j'avais guérie 8 mois auparavant d'une diplopie binoculaire congestive, liée, selon moi, à une paralysie obscure de quelques rameaux de la 3e paire du côté droit. Malgré l'impossibilité d'un diagnostic plus positif, un traitement antiphlogistique dérivatif fit complétement disparaître la maladie au bout d'un mois. Cette année, les mêmes symptômes se reproduisirent ; mais la malade, moins effrayée que la première fois, les négligea. Après six semaines, tous les symptômes avaient tellement augmenté, qu'au moment où je fus consulté, il existait la paralysie la plus complète des nerfs de la 3e et de la 6e paire du même œil.

Les diplopies binoculaires musculaires dont nous venons de parler sont moins rares qu'on ne pourrait le penser. La science, autant que la pratique, ont intérêt à en approfondir l'étude.

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

26. *Emploi des bougies fines multiples dans un cas de rétrécissement de l'urèthre, réfractaire à la dilatation ordinaire ; guérison ;* par M. Amussat.

(Journal des Connaissances médico-chirurg., juin 1848.)

M. L....., architecte, âgé de quarante-huit ans, grand et fortement constitué, auprès duquel M. Amussat fut appelé, le 3 janvier 1848, par M. le docteur Louis Hoffmann, était atteint depuis plusieurs jours d'une rétention d'urine qu'on avait cherché à faire cesser par l'usage des bougies; mais on n'était pas arrivé

à franchir les obstacles qui rendaient la miction douloureuse et fréquente.

M. Amussat commença par questionner le malade sur la cause de cet accident, et il pensait, ainsi que cela arrive presque toujours, que les rétrécissements avaient été amenés par une ou plusieurs blennorrhagies ; contre son attente, il lui assura avoir eu plusieurs maladies syphilitiques, mais jamais de gonorrhées. Quoi qu'il en soit, de cette circonstance presque exceptionnelle, M. Amussat chercha d'abord à s'assurer de l'état de l'urèthre, et pour cela il introduisit une sonde à empreinte ; elle s'arrêta au milieu de l'urèthre et donna lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang. Il constata que le canal était raboteux et inégal dans plusieurs points de son étendue. Il essaya ensuite de faire pénétrer une bougie très-fine au delà des obstacles et il y parvint assez facilement; elle fut fixée à demeure au moyen de fils de coton à tricoter. Dès lors, il pensa à employer le moyen qui lui avait déjà si bien réussi sur plusieurs malades affectés de rétrécissements rebelles de l'urèthre, nous voulons parler des bougies multiples de petit volume placées dans le canal, à côté les unes des autres.

Le surlendemain, M. L..... dit qu'il a uriné plus facilement déjà et qu'il se trouve très-soulagé. On place à côté de la première bougie deux autres de volume égal, et on les fixe de la même manière.

Le 8, une quatrième bougie est placée à côté des trois autres. L'urine est chargée de mucosités qui proviennent d'une irritation légère de la vessie, causée peut-être par la trop grande longueur des bougies ; on les retire un peu et on les coupe à leurs extrémités, afin que la vessie ne soit pas offensée par leur présence.

Le 10, une cinquième bougie est ajoutée aux quatre autres, qui sont très bien supportées par le malade.

Le 12, une sixième bougie d'égal volume a été placée par M. Hoffman.

Le 13, on retire le faisceau de six bougies, et M. L..... urine facilement. Le jet est plus gros qu'il ne l'avait vu depuis deux ans. M. Amussat place une sonde élastique courbe, d'un volume plus fort que celui des six bougies réunies, et il recommande de dilater graduellement les obstacles en introduisant des bougies et des sondes plus volumineuses, sauf à recourir aux autres moyens de traitement si la dilatation ordinaire devenait insuffisante.

Avant de quitter le malade, M. Amussat le questionne encore sur ses antécédents, et il finit par avouer qu'il a eu, il y a quinze

ans environ, de petits écoulements pour lesquels il a employé des injections astringentes. Il dit aussi avoir été traité, il y a dix ans, pour des rétrécissements de l'urèthre. On a eu recours plusieurs fois à la cautérisation.

Le 24 janvier 1848, l'urine s'écoule facilement par un gros jet comme avant qu'il ne fût atteint de rétrécissement de l'urèthre. On a continué la dilatation avec les bougies n°s 15, 17, et 19, qui ont été laissées à demeure pendant 24 et 30 heures.

Réflexions.—Cette observation ne laisse aucun doute sur les avantages obtenus par l'usage de fines bougies d'égal volume, réunies en faisceau au nombre de six, et introduites successivement, presque de jour en jour, à travers un rétrécissement de l'urèthre qui donnait lieu à une rétention presque complète d'urine. Sans ce moyen, qui au premier abord paraît étrange, on aurait eu probablement beaucoup de peine à subtituer, à la fine bougie primitivement introduite, une autre un peu plus volumineuse, ainsi que cela est arrivé tant de fois, et M. Amussat aurait été obligé de recourir au procédé qu'il a imaginé il y a longtemps, et qui consiste à attacher un fil à l'extrémité libre de la fine bougie placée dans le canal, à passer ce fil dans une sonde plus volumineuse, ouverte à ses deux extrémités et à glisser celle-ci sur la première, qui sert alors de conducteur et qu'on retire au fur et à mesure que l'autre chemine dans l'urèthre. Mais ce procédé est moins simple, comme on le voit, et moins certain dans ses résultats, parce qu'il n'est pas toujours possible de traverser un rétrécissement très-rebelle avec une bougie, qui doit avoir au moins deux ou trois fois le volume de celle sur laquelle elle est destinée à glisser et qu'on avait eu beaucoup de peine à introduire d'abord.

Comme on l'a vu dans l'observation, c'est à la fin du traitement que le malade a avoué qu'il avait eu plusieurs écoulements de l'urèthre auxquels il refuse le nom de gonorrhée, et qu'il n'est parvenu à arrêter que par des injections astringentes.

Sans cet aveu si difficile à obtenir, bien qu'on eût dit au malade que, quatre-vingt-dix-huit fois sur cent, les rétrécissements de l'urèthre reconnaissent pour cause une ou plusieurs blennorrhagies traitées surtout par des injections astringentes, on l'aurait considéré comme un de ces cas exccessivement rares, où il est impossible de connaître la cause des obstacles qui se sont formés dans l'urèthre. C'est là une preuve, entre tant d'autres, des difficultés si grandes qu'on éprouve souvent à savoir, d'une manière exacte, les antécédents des malades, surtout lorsqu'il s'agit

d'affections qu'il leur est pénible d'avouer, et qu'ils se sont habitués à dissimuler.

M. Amussat possède déjà un grand nombre d'observations de ce genre, relatives à l'avantage que l'on peut retirer des fines bougies multiples. C'est un nouveau moyen qui sera, nous l'espérons, apprécié par les praticiens et qui peut rendre de grands services aux malades affectés de rétrécissements rebelles aux moyens ordinaires de dilatation.

XII. GÉNÉRALITÉS.

27. *Mémoire sur la localisation des maladies cutanées*; par C. Baron, médecin du bureau central.

(Suite et fin : *voir* t. III, mars 1848, p. 226; t. IV, avril, p. 204.)
(Gazette médicale de Paris, n° 21; 1848.)

Maladies de l'appareil pileux. — *Lichen* (1). — Le lichen simplex est l'inflammation chronique avec hypertrophie légère du tissu cellulaire unissant le paquet glanduleux qui environne le poil à l'endroit où il sort de la peau. Cette assertion est basée sur la ressemblance des petites élevures papuleuses, caractérisant la maladie, avec celles qui constituent le phénomène de la chair de poule, et qui sont ces paquets glanduleux rendus saillants par le retrait de la peau environnante ; sur le rapport des élevures papuleuses du lichen avec les poils qui ordinairement sortent de leur sommet ou centre.

Lorsque la maladie est très-confluente et a duré longtemps, il

(1) Ce n'est pas sans une grande hésitation que j'assigne cette place au lichen ; c'est en effet, de toutes les maladies cutanées, celle dont le siége élémentaire est pour moi le plus douteux; et, à vrai dire, je me suis arrêté à celui-ci, plutôt parce que je n'en trouve aucun autre qui s'accorde davantage avec l'apparence extérieure de cette maladie, que parce que je suis absolument convaincu de la réalité de celui que j'indique.

J'aurais pu, à l'exemple de MM. Cazenave et Schedel, placer cette affection dans les papilles; mais les papules du lichen sont très-différentes de celles du prurigo ; de plus, il y a loin du prurit du lichen à celui du prurigo ; beaucoup de lichens ne sont accompagnés de démangeaison que par intervalles souvent assez éloignés ; dans le lichen urticans, il est vrai, ce symptôme acquiert beaucoup d'importance ; mais ce prurit peut s'expliquer comme je le fais plus loin. Au surplus, il serait possible que cette sorte de lichen occupât les papilles et que le lichen ordinaire n'eût pas le même siége, car ces deux affections offrent d'assez grandes différences entre elles.

Je ne me dissimule pas, en plaçant le lichen dans l'appareil pilifère, qu'il peut m'être objecté que cette affection devrait occuper plus souvent le cuir chevelu que les autres parties du corps, ce qui n'a pas lieu ; mais, du moins, aux membres et au tronc, elle est plus commune aux régions pourvues de poils qu'à celles qui en sont dépourvues ; ainsi, elle envahit plus fréquemment le côté de l'extension des membres que celui de la flexion.

semble que le tissu de la peau s'indure et que sa surface soit plus sèche : alors, sans doute, les canaux hydrophores sont comprimés, et la perspiration cutanée devient difficile. Le prurit qui se fait sentir de temps en temps dans le lichen dépend d'une légère irritation transmise aux papilles. C'est ainsi, sans doute, que l'on doit expliquer la démangeaison intense qui accompagne le lichen urticans, lequel a une durée beaucoup moins longue, est accompagné d'une rougeur plus intense, est, en un mot, plus inflammatoire que le lichen ordinaire, et, par conséquent, plus propre à exciter des réactions.

Dans le lichen agrius, l'inflammation est beaucoup plus intense que dans le lichen simplex ; les points malades sont bien plus rapprochés et bien plus nombreux ; le sommet des élevures s'excorie et fournit un liquide séro-purulent qui se dessèche en croûtes minces ; le réseau vasculaire environnant est souvent congestionné, ce qui donne lieu à un peu de rougeur, et transmet, dans quelques cas, aux papilles, une excitation plus ou moins vive qui se dénote par un prurit en rapport avec le degré de cette excitation. Lorsque l'inflammation est intense, elle gagne quelquefois les organes sécréteurs de l'épiderme et un peu d'eczéma vient se joindre au lichen agrius.

Favus. — L'opinion maintenant à peu près générale est que le favus siége dans les organes pileux ; mais la place qu'il occupe dans ces organes est encore un point contesté. Selon M. Baudelocque, auquel on doit des recherches intéressantes sur ce sujet, le follicule pilifère sécrète une matière particulière que l'on peut appeler faveuse, laquelle remplit la cavité, s'y concrète et y forme un petit tubercule. La sécrétion de cette matière continuant à s'opérer, la cavité folliculaire est bientôt remplie ; alors, cette matière pénètre dans le col du follicule, le dilate, ainsi que son orifice, et arrive jusqu'à l'épiderme ; puis, l'orifice du follicule étant de plus en plus dilaté, le place presqu'au niveau du fond du follicule, dont la cavité se trouve transformée en une excavation large et peu profonde. MM. Letenneur, Cazenave et Émery n'adoptent pas cette explication. La théorie que Biett professait, et que soutient M. Letenneur, paraît expliquer d'une manière satisfaisante tous les phénomènes du favus.

Dans cette théorie, le favus est dû à une affection des glandes qui entourent le poil au niveau de l'endroit où il sort de la peau. C'est une maladie peut-être inflammatoire de l'intérieur de ces glandes. Les croûtes et le liquide qui les précède sont dus à une viciation de la matière sécrétée par ces glandes, peut-être à un mélange de pus à ce produit. Ainsi la couleur et la consis-

tance des croûtes et du liquide qui les précède s'expliquent aisément ; on se rend compte de ce qu'au début de l'affection la sécrétion du cheveu ne paraît pas annihilée, puisque la maladie n'affecte pas le bulbe lui-même, mais les parties accessoires ; de ce que le cheveu, à la même époque, semble privé de son luisant ordinaire, puisque cette apparence est probablement le résultat de la sécrétion des glandes qui entourent sa base ; de ce qu'après le favus, le cheveu ne repousse pas, le goulot du conduit pilifère pouvant être oblitéré consécutivement à la maladie des glandes qui l'entourent ; de ce que les croûtes sont circulaires, puisqu'elles sont le produit de plusieurs glandes disposées circulairement autour du conduit pilifère ; de ce qu'elles sont déprimées à leur centre, puisque ce centre correspond au conduit pilifère et non à une glande, et est retenu par le cheveu auquel il adhère ; de ce que le cheveu non encore tombé occupe le centre des croûtes, puisque ces croûtes sont le produit des glandes situées autour de lui.

L'alopécie qui succède à la teigne dépend-elle de ce que la maladie a intéressé le bulbe lui-même et a désormais anéanti la sécrétion du cheveu, ou résulte-t-elle de ce que l'altération imprimée à l'orifice du follicule a oblitéré ce follicule et rendu le passage du poil impossible ? Cette dernière opinion s'accorde avec la théorie de Biett sur le siége du favus ; c'est celle de M. Cazenave qui se fonde sur ce que, après la maladie, on distingue quelquefois le poil à travers la cicatrice transparente qui remplace l'altération du favus, et que ce poil ne peut plus percer.

Ordinairement, au début, le favus est simple ; lorsqu'il est ancien, il s'y joint, dans certains cas, quelque complication de maladie d'autres organes cutanés.

Trichoma. — D'après la description que les auteurs donnent de cette maladie, il est croyable qu'elle soit due à une hypertrophie de la papille du poil, de la portion ordinairement intérieure de la tige pilaire, laquelle s'allonge pour dépasser le niveau de la surface de la peau et fournit le sang dont on observe l'écoulement dans quelques cas. Suivant M. Mandl, il y a aussi augmentation et état sanguinolent du liquide qui parcourt le canal central du poil. L'allongement remarquable des cheveux, chez certains malades, s'explique par la suractivité de la sécrétion pilaire, en rapport avec la congestion qui accompagne la maladie. Les écailles furfuracées qui couvrent la base des touffes de cheveux agglutinés dénotent une affection légère, communiquée aux organes sécréteurs de l'épiderme.

Alopécie. — L'alopécie peut être due à un défaut de sécrétion

ou à un défaut d'excrétion des poils, ce qui constitue deux classes distinctes.

La première comprend les alopécies qui dépendent des maladies des bulbes, de leur atrophie, par exemple; ainsi, suivant M. Cazenave, l'alopécie sénile est celle qui est médiatement consécutive à la teigne faveuse; elle renferme aussi de nombreuses alopécies, sans altération matérielle appréciable des bulbes, celles qui suivent les maladies graves, les fièvres, les travaux intellectuels forcés ou prolongés, et aussi, suivant l'auteur que je viens de citer, la véritable alopécie syphilitique et celle qui accompagne le porrigo decalvans qui, pour lui, n'est qu'un vitiligo avec absence de la sécrétion des cheveux.

Les alopécies résultant d'un vice dans l'excrétion des cheveux sont aussi nombreuses. On trouve dans cette classe celles qui sont le résultat d'une maladie du col et de l'orifice du follicule, soit que cet orifice ait été oblitéré par cette maladie, et c'est ainsi que M. Cazenave explique l'alopécie succédant immédiatement au favus, le cheveu, suivant cet auteur, étant d'abord sécrété, mais ne pouvant traverser l'orifice oblitéré du follicule, oblitération dont résulte consécutivement l'atrophie du bulbe lui-même et le défaut de sécrétion du poil ; soit qu'il n'y ait qu'une maladie légère du goulot du follicule, en vertu de laquelle le cheveu cesse d'être aussi solidement fixé et devient vacillant ; c'est ainsi que l'on pourrait expliquer la chute des cheveux qui accompagne certaines inflammations du cuir chevelu, affectant d'abord d'autres organes cutanés que l'appareil pilifère et s'étendant ensuite à cet appareil. Il est facile de se rendre compte, par exemple, de ce que les cheveux soient moins solidement maintenus dans leurs gaînes, lors des affections des organes blennogènes du cuir chevelu ; en effet, on sait que l'épiderme se continue avec le conduit pilifère ou avec le poil, et il n'est pas étonnant que, lorsque la stratification de l'épiderme est altérée, l'altération s'étende au poil. Les deux espèces d'alopécie par vice d'excrétion présentent une différence très-tranchée ; dans la première, l'alopécie est durable ; dans la seconde, elle n'est que momentanée.

Canitie. — La canitie dépend d'une modification de la matière colorante du poil ou peut-être de l'oblitération du canal central, reconnu par plusieurs micrographes dans le poil et par lequel, suivant M. Mandl, la matière colorante lui est transmise. En supposant que cette oblitération s'étende successivement de l'extrémité libre à l'extrémité bulbaire, on expliquerait très-bien comment la canitie se manifeste souvent à l'extrémité des poils avant d'envahir leur totalité.

Résumé des maladies de l'appareil pilifère. — Les maladies des organes pilifères se reconnaissent à leur siége le plus ordinaire, dans les parties pourvues de poils à la juxtaposition immédiate de leurs produits et des poils, à la modification qu'elles impriment à ces poils qui perdent leur poli, sont moins fortement fixés et tombent pour quelque temps ou pour toujours.

Rappelons que les différentes affections de l'appareil pilifère sont les suivantes :

1° Inflammation chronique avec hypertrophie et quelquefois excoriation du tissu cellulaire unissant le paquet glanduleux qui environne le poil à son point d'émergence. — *Lichen.*

2° Affection probablement inflammatoire des glandes qui entourent le poil à son point d'émergence et viciation du produit de ces glandes; chute consécutive des poils et oblitération de l'orifice du conduit pilifère. — *Favus.*

3° Hypertrophie de la papille pilaire et, selon M. Mandl, augmentation et état sanguinolent du liquide qui parcourt le canal central. — *Trichoma.*

4° Chute des poils résultant d'un vice de sécrétion ou d'un vice d'excrétion. — *Alopécie.*

5° Modification de la matière colorante des poils ou oblitération de leur canal central. — *Canitie.*

Maladie des organes chargés de la sécrétion des ongles. — *Onygose.* — Tout ce qu'il y a à dire sur la nature et le siége de l'onygose, c'est que cette maladie est l'inflammation de la matrice des ongles.

Augmentation de sécrétion. — L'augmentation de la sécrétion de l'organe générateur de l'ongle peut donner lieu à un développement exagéré de cet appendice. C'est ainsi que peut se produire ce qu'Alibert appelait *onygose par difformité.*

Maladies de la trame cellulo-fibreuse du derme.

Ecthyma. — Plusieurs médecins placent l'ecthyma dans les follicules cutanés; mais j'ai peine à assigner à cette affection le même siége élémentaire qu'à l'impétigo, qui en diffère sous tant de rapports. Je suis plutôt porté à penser que l'ecthyma siége dans la trame celluleuse du derme, sans doute, ainsi que l'indique M. Duchesne-Duparc, dans la couche superficielle. Avec ce siége s'accordent assez bien la marche aiguë, la courte durée de la maladie, dans la plupart des cas la rareté des récidives, qui sont, au contraire, si fréquentes dans les maladies dos follicules. La forme des pustules est très-différente de celle des affections folliculaires, et les ulcérations qui leur sucèdent, dans quelques cas, sont, dans leur commen-

cement, plus larges à leur partie superficielle qu'à leur fond, ce qui est le contraire pour celles qui succèdent aux affections folliculaires.

Rupia. — Le rupia offre tant d'analogie avec l'ecthyma, qu'il est présumable qu'il a le même siége élémentaire. Il faut y joindre une inflammation concomitante du réseau lymphatique, qui explique l'analogie de cette maladie avec le pemphygus.

Variole, varioloïde, varicelle.—Ce que j'ai dit pour l'ecthyma, je dois le répéter pour la variole, que beaucoup d'auteurs placent aussi dans les follicules. Je me range plus volontiers à l'opinion de M. Gendrin, qui pense qu'elle siége dans l'épaisseur du derme. Les petites dépressions qui succèdent aux pustules sont la trace de la destruction du tissu contenu dans les aréoles qui ont été le siége de la maladie. De ce qu'en beaucoup de points les pustules semblent séparées par des portions de peau exemptes de rougeur, on pourrait conclure que le réseau vasculaire ne prend que peu de part à cette maladie. Doit-on l'attribuer à ce que, dans la peau comme dans le reste du corps, la plupart des vaisseaux ne font que traverser le tissu cellulaire pour aboutir aux autres éléments, avec lesquels ils ont des connexions plus intimes ?

La varioloïde, qui évidemment a le même siége que la variole, et, d'autre part, a aussi tant de rapports avec la varicelle, sert de chaînon intermédiaire à ces deux affections.

Quoique des différences assez grandes séparent la varicelle de la variole, ces deux maladies me paraissent avoir entre elles assez de points de contact pour que l'on puisse leur assigner le même siége. M. Duchesne-Duparc, d'ailleurs, place aussi la varicelle dans le derme, seulement, dit-il, dans la couche superficielle.

Vaccine. — La pustule de la vaccine est une pustule multiple de variole, occupant à la fois plusieurs cellules du derme, et la cicatrice gauffrée qui succède à cette pustule est formée par la réunion de plusieurs cicatrices de variole. Suivant M. Gendrin, le siége de la pustule vaccinale est plus superficiel que celui de la pustule variolique.

Furoncule. — Le furoncule est une inflammation du tissu cellulaire des aréoles profondes du derme. C'est ce tissu enflammé qui forme le tourbillon du furoncle, lequel n'est autre que du tissu cellulaire mortifié. Cette mortification peut être due à l'étranglement produit par le tissu fibreux non extensible du derme sur les portions cellulo-vasculaires tuméfiées par l'inflammation.

Résumé des affections de la trame cullulo-fibreuse du derme. — Ce sont des maladies inflammatoires qui parcourent rapidement leurs périodes; elles peuvent être rangées en deux classes bien distinctes, dont la différence dépend de la profondeur du siége de la maladie. La première comprend l'ecthyma, le rupia, la variole, la varioloïde, la varicelle, la vaccine; la seconde, le furoncle. Cette dernière affection siége dans le tissu cellulaire de la face interne du derme, tandis que celles qui composent la première classe sont plus superficielles Aussi l'aspect du furoncle est très-différent de celui des autres maladies, qui, au contraire, offrent entre elles une grande ressemblance. Il est inutile de rappeler les caractères du furoncle; les autres maladies ont pour phénomène caractéristique une pustule circulaire, aplatie, dont la partie centrale est formée par l'épiderme soulevé par du pus ou de la sérosité purulente, et la circonférence par un bord rouge constitué par un soulèvement du derme. Cette pustule est remplacée par une croûte qui laisse, après sa chute, une dépression persistante, indice de la perte de substance qu'a éprouvée le tissu de la peau. La circonscription et l'isolement des pustules tiennent sans doute à la texture alvéolaire du derme. En suivant, dans l'énumération des affections du derme, l'ordre du siége, de la surface à la partie profonde, nous avons :

1° Inflammation de la couche superficielle du derme.—*Ecthyma.*

2° Lésion semblable à la précédente, avec une inflammation du réseau lymphatique.—*Rupia.*

3° Inflammation occupant aussi un siége superficiel dans le derme.—*Varicelle.*

4° Inflammation un peu plus profonde et envahissant plusieurs aréoles voisines.—*Vaccine.*

5° Inflammation siégeant un peu plus profondément.—*Varioloïde, variole.*

6° Inflammation et mortification du tissu cellulaire des aréoles profondes du derme.—*Furoncle.*

Maladies affectant simultanément plusieurs des éléments de la peau.—Gale.— J'ai dit précédemment que, par suite des rapports immédiats des différents organes cutanés, plusieurs maladies de la peau se compliquaient souvent entre elles; dans ces cas, les complications sont consécutives à l'affection primitive. Il n'en est pas de même pour la maladie qui fait le sujet de cet article : elle affecte dès le principe plusieurs des éléments de la peau, et chacune des lésions qui la constituent n'est pas la conséquence d'une autre lésion, mais de la cause commune qui les développe.

Les auteurs ont, selon moi, tour à tour commis une erreur

contraire relativement à la gale. Quelques-uns ont pensé qu'il y en avait plusieurs espèces : la pustuleuse , la vésiculeuse, la papuleuse; mais l'opinion la plus générale depuis Biett, qui l'a adoptée le premier, c'est que la gale est essentiellement vésiculeuse. Selon moi, ces deux opinions sont erronées. Je crois, avec Biett, que les vésicules de la gale sont un des caractères les plus importants de cette maladie ; mais je ne regarde pas les vésicules comme suffisant pour la constituer. En effet, il est très-rare qu'on les rencontre seules ; presque toujours avec elles coïncident des éruptions d'une autre forme ; ainsi, le plus fréquemment, des papules de lichen ou de prurigo, souvent aussi des pustules, quelquefois de petites bulles. Enfin, on le sait, le caractère pathognomonique de la gale, plus encore que les vésicules, est le sillon creusé dans l'épaisseur de l'épiderme ou immédiatement au-dessous de lui. Voici donc des lésions variées, ordinairement simultanées, constituant par conséquent une seule et même maladie et non plusieurs espèces, comme le pensaient les auteurs qui ont précédé Biett. Cette multiplicité d'éruptions est quelquefois, il est vrai, le produit des topiques irritants par lesquels on combat la gale ; mais fort souvent elle en est indépendante, car on rencontre très-fréquemment ces lésions dans des gales récentes et vierges de traitement. Ces éruptions diverses sont le résultat de l'irritation que détermine l'acarus sur les différents éléments de la peau. Il est possible que, chez plusieurs sujets, les premières lésions qu'il développe soient les vésicules; mais dans ces cas même, les papules suivent de bien près, et dans d'autres elles se développent les premières. La forme de l'éruption paraît dépendre en grande partie de la place qu'elle occupe ; car il est des régions dans lesquelles on ne rencontre guère que des vésicules, d'autres dans lesquelles on ne trouve que des papules.

L'acarus s'introduit dans l'épiderme et s'y creuse un sillon. Dans certains points, il traverse toute l'épaisseur de la cuticule, et l'irritation que sa présence détermine à la surface du réseau lymphatique donne lieu à l'exhalation d'une quantité de sérosité plus ou moins grande, qui forme des vésicules ou de petites bulles dont le mécanisme de formation est le même que celui des bulles de pemphygus et de vésicatoire. Lorsque l'irritation est considérable, les vésicules ou les petites bulles sont remplies de pus, au lieu de sérosité, et ce sont alors de véritables pustules, différant de celles qui résultent de l'irritation du tissu cellulaire cutané, en ce qu'elles n'offrent pas un pourtour rouge, un peu saillant et légèrement induré. Des pustules de cette dernière espèce et semblables à l'ecthyma se rencontrent aussi d'ailleurs dans

la gale, produites par l'irritation que le sarcopte détermine sur le tissu cellulaire superficiel du derme. On observe encore dans la même maladie des pustules d'impétigo, résultant de l'irritation des follicules par l'acarus. Le prurit et l'éruption de prurigo qui se rencontrent dans la gale proviennent de l'excitation communiquée par cet animalcule aux papilles. Les papules de lichen sont dues à l'irritation provoquée par le même agent dans les paquets glanduleux dont l'inflammation constitue le véritable lichen.

Tel est le classement anatomique que je propose pour les affections cutanées ; on voit qu'il est assez différent de celui de Willan et de Bateman, basé sur les premières lésions qui se développent dans les maladies. Cette différence tient aux raisons suivantes : d'abord, les mêmes lésions élémentaires présentent souvent d'assez grandes dissemblances, suivant les diverses maladies, pour que l'on soit autorisé à placer les différentes formes d'une même lésion dans des organes cutanés différents ; ainsi la gale, l'herpès et l'eczéma offrent pour lésions premières des vésicules, mais les vésicules de ces maladies diffèrent tellement entre elles qu'il me paraît fort difficile qu'elles soient, dans les trois cas, l'indice d'une lésion des mêmes organes. De même, comment croire que les pustules de l'impétigo et de l'ecthyma aient le même siége élémentaire ? D'autre part, M. Rosenbaûm a démontré par des expériences, ce que l'observation de plusieurs maladies et en particulier de la variole avait appris, qu'une lésion peut se transformer en d'autres lésions, ainsi les papules en vésicules, en pustules. Donc, comme évidemment cette transformation successive s'effectue dans le même organe, ceci prouve que la maladie d'un même organe peut se traduire par des lésions différentes. Ces motifs m'empêchent de partager entièrement l'opinion récemment émise par M. Cazenave, savoir que la différence entre les lésions élémentaires, bulles, vésicules, pustules, papules, etc., dépend seulement de la différence de l'organe cutané malade.

Le classement anatomique se rapproche peut-être un peu plus des classifications d'Alibert, parce que celles-ci sont en partie basées sur les apparences extérieures, parmi lesquelles les produits sécrétés jouent un grand rôle ; et qui ne conçoit que les produits sécrétés doivent, plus encore que les lésions primordiales, différer selon le siége élémentaire de la maladie qui est la base de la classification anatomique.

Dans celle-ci, les affections cutanées forment plusieurs groupes naturels dont les espèces composantes se rapprochent, on l'a vu, par de nombreuses analogies et sont rangées sucessivement, les unes

après les autres, selon leurs rapports les plus immédiats. Toutefois, je suis loin de prétendre que cette classification soit exempte de tout vice de détail ; mais, ainsi que je l'ai dit en commençant, les erreurs partielles n'infirment pas la vérité du principe de localisation des affections de la peau, point fondamental de ce travail.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 29 MAI.

De la mort apparente et des moyens de prévenir les enterrements prématurés. — M. Rayer lit, au nom d'une commission composée de MM. Duméril, Andral, Magendie, Serres et Rayer, rapporteur, le rapport sur le concours relatif à la question des morts apparentes et aux moyens de prévenir les enterrements prématurés (prix fondé par M. Manni en 1837).

Les questions posées par l'Académie étaient celles-ci :

« Quels sont les caractères des morts apparentes ? Quels sont les moyens de prévenir les enterrements prématurés ? »

Elle demandait en outre aux concurrents un exposé complet des connaissances actuelles sur la question proposée, ajoutant qu'elle désirait surtout de nouvelles observations propres à rendre plus prompt et plus sûr le diagnostic du petit nombre de cas qui peuvent laisser de l'incertitude dans l'esprit du médecin sur l'état de vie ou de mort.

Six mémoires manuscrits, sans compter un grand nombre d'ouvrages imprimés, ont été adressés à la commission pour ce nouveau concours, plusieurs fois ajourné. Un seul, celui de M. Bouchut, a paru à la commission digne de récompense.

Les observations et les expériences de M. Bouchut l'ont conduit à ce résultat, savoir : que toutes les morts apparentes, et en particulier celles qui sont dues à l'asphyxie et à la syncope, présentent, quelle que soit la diversité de leurs symptômes, un caractère commun, *la persistance des battements du cœur*, caractère qui les distingue de la mort réelle.

Ce fait capital, dans l'histoire des morts apparentes, a fixé d'une manière toute particulière l'attention des commissaires, qui ont répété les observations de l'auteur du mémoire sur la persistance des battements du cœur dans les cas de mort apparente, et fait de nouvelles expériences pour mettre, dans tout son jour, la valeur de ce caractère.

Les obs ervatons des commissaires sur l'homme et leurs expériences sur les animaux , expériences dans lesquelles la syncope a été portée au degré le plus grave qu'on puisse imaginer , ont pleinement confirmé le fait sur lequel l'auteur du mémoire a tant insisté, à savoir : les bâttements du cœur dans la syncope et la perception de ces battements à l'auscultation.

Suivant M. Bouchut, les signes certains de la mort sont immédiats ou éloignés. Les signes immédiats et certains de la mort, chez l'homme, sont :

1° L'absence prolongée des battements du cœur à l'auscultation ;

2° Le relâchement simultané de tous les sphincters, dû à la paralysie de ces muscles ;

4° Enfin, l'affaissement du globe de l'œil et la perte de la transparence de la cornée.

Dans l'opinion des commissaires , chacun de ces signes n'a pas une égale valeur, une égale certitude. Ils pensent, d'après des observations cliniques reproduites dans le rapport, que l'absence des battements du cœur, constatée à l'auscultation , pendant l'intervalle de cinq minutes , c'est-à-dire pendant un espace de temps cinquante fois plus considérable que celui qui a été fourni par l'observation des bruits du cœur , dans les cas d'agonie jusqu'à la mort, ne peut laisser aucun doute sur la cessation définitive des mouvements du cœur et sur la réalité de la mort. D'ailleurs, la cessation définitive des battements du cœur est toujours accompagnée de deux phénomènes très-frappants et faciles à constater, à savoir : la cessation des mouvements respiratoires et la perte du sentiment et du mouvement.

Les commissaires considèrent donc, avec l'auteur du mémoire, la cessation définitive des mouvements du cœur et de la circulation constatée par l'auscultation, comme un signe immédiat d'autant plus certain, que la cessation définitive des battements du cœur entraîne immédiatement la cessation de la respiration et des fonctions du système nerveux, lorsqu'elle n'en a pas été précédée.

Le second signe immédiat de la mort, admis par M. Bouchut, n'offre point, au contraire , suivant les commissaires , un degré suffisant de certitude. Ce signe serait le relâchement *simultané* de tous les sphincters résultant de leur paralysie.

Le troisième signe (formation d'une toile glaireuse à la surface de la cornée, avec affaissement du globe de l'œil), regardé comme certain par M. Bouchut, ne paraît pas non plus devoir être admis.

En résumé, des trois signes énoncés par M. Bouchut, il n'en est qu'un, la cessation définitive des battements du cœur et de la circulation , dont la certitude est admise par la commission.

Quant aux signes éloignés et certains de la mort, M. Bouchut en admet trois, savoir : la rigidité cadavérique, l'absence de contraction musculaire sous l'influence de stimulants galvaniques, et la putréfaction ; leur certitude est admise par tous les médecins légistes, et ne peut être contestée.

Enfin, en ce qui concerne les maisons mortuaires semblables à celles qui existent dans plusieurs villes d'Allemagne, et dont l'institutiou repose sur l'idée qu'il n'y a d'autre signe certain de la mort que la putréfaction, les commissaires les considèrent comme d'une utilité très-contestable, surtout en présence de la certitude des signes qui précèdent.

Pour résumer le travail de M. Bouchut et les faits qui s'y rattachent, la commission reconnaît :

1° Que la cessation définitive des battements du cœur, indiquée par la cessation des bruits cardiaques, est un signe immédiat et certain de la mort ;

2° Que la rigidité cadavérique est également un signe certain de la mort ;

3° Que le défaut de contraction musculaire, sous l'influence de l'électricité ou du galvanisme, est un troisième signe certain de la mort ;

4° Que la putréfaction générale du corps n'arrivant ordinairement que longtemps après la manifestation des signes précédents, il n'est pas nécessaire d'attendre le développement de la putréfaction pour déclarer le décès et procéder à l'embaumement et à l'inhumation ;

5° Que la cessation des battements du cœur et de la circulation, le développement de la rigidité cadavérique et l'abolition de la contractalité musculaire, ne pouvant être reconnus et appréciés que par des médecins, la constatation des décès doit leur être exclusivement confiée, dans les villes et les campagnes ;

6° Que la possibilité de constater la mort d'une manière certaine, avant le développement de la putréfaction, rend inutile l'établissement de maisons mortuaires, semblables à celles qui ont été instituées dans plusieurs villes d'Allemagne, mais qu'il serait à désirer que les cadavres des pauvres pussent être reçus dans des asiles convenables jusqu'au moment de la sépulture.

D'après les considérations contenues dans ce rapport, la commission a décerné, à l'unanimité, le prix Manni à M. le docteur Bouchut, comme auteur du meilleur mémoire qui lui a été adressé depuis dix ans, c'est-à-dire en 1837, époque à laquelle le concours pour ce prix a été ouvert.

Structure des papilles de la langue. — M. Auguste Wallu com-

munique à l'Académie la description abrégée de quelques observations de physiologie animale, au moyen desquelles il est parvenu à déterminer les points suivants :

1° Le mode de terminaison des extrémités périphériques des nerfs de la langue dans les papilles coniques et fongiformes, dans les reptiles et les mammifères ;

2° La circulation du sang dans les deux genres de papilles sur plusieurs animaux, et notamment sur l'homme.

Il a imaginé un moyen très-simple d'étudier ces papilles, qui lui a permis de découvrir plusieurs particularités dans la structure des papilles fongiformes, qu'il ne soupçonnait pas. Ce moyen, facile à exécuter, consiste simplement à enlever d'une partie quelconque de la langue, avec des ciseaux, un très-petit morceau de la membrane muqueuse, et à l'interposer entre deux lames de verre. Sur ce petit fragment, on découvre sans peine toute la structure si curieuse des deux genres de papilles, et chacun, avec un microscope ordinaire, peut vérifier sans risque d'erreur la question tant débattue de la terminaison ultime des tuyaux nerveux.

L'auteur a étendu ses observations sur les papilles du chat, du chien, du porc-épic, du rat et de plusieurs autres mammifères, et dans tous, il a observé la même différence de structure entre les deux papilles.

Les déductions physiologiques qu'il tire de ses recherches sont que les papilles fongiformes sont destinées uniquement pour la gestation, tandis que les coniques servent au toucher.

Si l'on suppose un corps quelconque placé à la surface d'une papille fongiforme, on trouve que la papille possède trois moyens importants pour favoriser l'action du goût. La première, c'est la ténuité extrême de la membrane qui revêt une partie de son extrémité ; la seconde, c'est la présence des nerfs nombreux immédiatement au-dessous de la membrane ; la troisième, le développement considérable du système vasculaire au même lieu en touchant les extrémités des nerfs.

Cause de la mutabilité de la coloration de la peau des rainettes. — M. Pouchet adresse une note sur la mutabilité de la coloration des rainettes et sur la structure microscopique de leur peau.

La dissection lui a démontré dans la peau des rainettes quatre couches bien distinctes : l'épiderme, la couche colorante superficielle, la couche colorante profonde et le derme.

Voici le rôle physiologique de chacun de ces éléments anatomiques dans le phénomène de la mutabilité de coloration.

La coloration noirâtre dépend de l'expansion vers la périphérie de toutes les houppes colorées du pigmentum profond. La coloration blanchâtre dépend d'un phénomène absolument opposé. Elle est due à la

contraction des houppes du pigmentum profond. Celles-ci, en se contractant, portent plus profondément les extrémités de leurs fibrilles qui se répandaient précédemment dans les mailles du réseau cutané.

Ce travail paraît démontrer que les phénomènes physiologiques de la mutabilité de coloration des rainettes ont les mêmes causes que ceux des caméléons, dont le mystère a été dévoilé par M. Milne-Edwards. Seulement, chez nos batraciens, la couche colorante profonde serait composée, non de vésicules, mais de houppes penicilliformes et stelliformes.

Kyste de l'orbite; injection iodée; guérison. — M. Tavignot communique le fait suivant, qu'il croit être le premier en ce genre qui ait été publié.

» Mademoiselle Branger, âgée de 12 ans, 136, rue du Faubourg-Poissonnière, a été observée par moi, pour la première fois, le 20 février dernier.

Depuis un mois, l'œil droit est plus saillant que l'autre; la vue est trouble; il y a des douleurs dans le nez, le front, la tempe. Au-dessus de l'œil, vers le tiers interne de l'orbite, existe une tumeur à surface lisse, non bosselée, et qui peut avoir dans sa partie proéminente le volume d'une noisette. Cette tumeur s'enfonce profondément dans l'orbite, tandis que sa partie antérieure soulève à peine la paupière supérieure, et n'atteint pas le rebord orbitaire du frontal.

Le 27 avril, je pratique, aidé de mon confrère M. Darriaut, une ponction avec un trocart d'un médiocre volume; il s'écoule aussitôt un liquide citrin, transparent. L'œil rentre dans sa cavité. A l'aide d'une seringue d'Anel, je fis deux injections de teinture d'iode avec addition d'iodure de potassium. J'abandonnai une petite portion du liquide dans l'intérieur du kyste.

La réaction inflammatoire fut assez vive, sans avoir néanmoins rien d'inquiétant. Nouvelle exophthalmie.

Depuis l'opération, le kyste, très-distendu d'abord, a diminué peu à peu de volume; les parois sont devenues plus denses, l'œil est rentré dans sa cavité; de sorte qu'aujourd'hui 23 *mai*, moins d'un mois après l'opération, la malade peut être considérée comme guérie. Les débris membraneux du kyste, que l'on touche encore à travers la paupière supérieure, finiront très-certainement par s'atrophier d'une manière complète. »

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 16 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Empoisonnement par la teinture de colchique. — M. Renauldin lit un rapport sur une observation d'empoisonnement par la teinture

de colchique, communiquée par M. Leroy des Barres, chirurgien de l'hospice civil de Saint-Denis.

L'observation rapportée par M. Leroy des Barres est relative à un cas d'empoisonnement accidentel par le colchique, qui, après avoir gravement compromis la vie d'une femme déjà malade, s'est terminé par la guérison dans le court espace de trois jours.

Il s'agit d'une femme à laquelle on fit prendre par méprise, en une seule fois, 30 grammes de teinture de colchique qui lui avaient été prescrits par cuillerée à café, matin et soir, pour combattre des douleurs abdominales auxquelles elle était en proie. M. Leroy des Barres, appelé dès le début des accidents d'empoisonnement, commença par prescrire un vomitif, après lequel il fit prendre de l'eau iodée pendant plusieurs jours. L'effet de ce traitement fut un complet rétablissement au bout de sept ou huit jours.

M. le rapporteur loue l'auteur d'avoir agi rationnellement, en donnant d'abord un vomitif qui a déterminé l'élimination d'une partie de la substance vénéneuse, puis en administrant l'eau iodée, recommandée par plusieurs auteurs, et dont l'effet paraît avoir été utile. Mais en donnant son approbation au traitement antiphlogistique et adoucissant adopté par l'auteur, M. Renauldin lui reproche néanmoins d'avoir négligé de recourir à l'opium administré par le tube intestinal.

M. le rapporteur termine en proposant à l'Académie de déposer le manuscrit dans ses archives, et d'adresser des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

Médication réfrigérante. — M. Robert Latour lit un long travail sur la médication réfrigérante. L'auteur se propose dans ce travail de formuler des règles pratiques relativement à l'emploi de cette médication. D'après M. Robert Latour, l'application du froid est soumise à des principes différents, suivant la nature de l'affection à laquelle on l'oppose ; et tandis que l'action directe de cet agent sur le siége même du mal est indispensable pour dompter l'inflammation, on peut, au contraire, enchaîner les accidents nerveux par l'emploi de la médication réfrigérante, sur une région éloignée ou rapprochée de leur point de départ.

L'auteur, après avoir signalé la médication réfrigérante comme ayant plus ou moins d'avantage et d'efficacité dans le traitement de l'inflammation de la fièvre, de l'hémorrhagie, de la névrose, la suit dans d'autres applications, et se résume en terminant surtout dans la condensation des tissus, explication de l'énergie considérable dont jouit cette méthode.

(Commissaires : MM. Foiseuille, Longet, Bouvier.)

SÉANCE DU 23 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Épilepsie traitée par l'artériotomie épicrânienne. — M. Rochoux lit, en son nom et celui de M. Falret, un rapport sur un travail de M. Péraire (de Bordeaux), relatif à un cas d'épilepsie traitée par l'artériotomie épicrânienne et suivi de quelques réflexions sur l'étiologie de cette affection.

La médication proposée par M. Péraire consiste à obtenir, au moyen d'incisions sous-cutanées, l'oblitération, à leur origine, des diverses branches artérielles, d'où partent les rameaux qui se répandent sur le péricrâne, en nombreux capillaires et établissent d'abondants anastomoses avec ceux du cerveau, après avoir traversé le crâne et les méninges. Cette oblitération empêche le sang, non-seulement d'arriver à l'encéphale, en quantité assez considérable pour produire la congestion, mais encore amène une sorte d'atrophie de l'organe qui rend le retour des accès impossible. Cette médication paraît à M. le rapporteur exposée à plusieurs objections. D'abord, suivant M. Rochoux, il n'est pas bien établi par l'analyse des symptômes énumérés par l'auteur qu'il ait eu affaire à une véritable épilepsie. En second lieu, en admettant l'exactitude du diagnostic, il ne pense pas qu'on en puisse conclure que le moyen thérapeutique employé soit capable de guérir l'épilepsie ; car la promptitude avec laquelle se développent les artères collatérales et leurs anastomoses, ne permet pas au moyen proposé par M. Péraire de produire les effets qu'il en attend. D'ailleurs l'attaque d'épilepsie n'est pas déterminée par la congestion préalable de l'encéphale, ainsi que l'ont reconnu presque tous les auteurs.

M. le rapporteur propose de déposer l'observation de M. Péraire aux archives.

(Ces conclusions sont adoptées sans discussion.)

—M. Figuier lit, en son nom et au nom de M. Mialhe, un travail intitulé: *Examen comparatif des principales eaux minérales salines d'Allemagne et de France, sous le rapport chimique et thérapeutique.*

Nous publierons textuellement ce travail dans un de nos prochains numéros.

Fracture du crâne d'un fœtus dans le sein de la mère. — M. Blot, interne à la Maternité de Paris, présente à l'Académie un crâne de fœtus à terme présentant un exemple de fracture survenue, alors que l'enfant était encore contenu dans le sein de sa mère. Celle-ci étant tombée, dans la cour de la Maternité, de la hauteur d'un deuxième étage on constata une fracture de la partie moyenne de la cuisse droite et des traces de contusions violentes sur le reste du corps. La tête du fœtus avait franchi l'orifice utérin ; le doigt, appliqué sur elle, éprouvait. en

la déprimant, la sensation d'une crépitation multiple ; on n'entendait pas les battements du cœur du fœtus.

L'accouchement fut aussitôt terminé par une application du forceps, qui ne présenta aucune difficulté. L'enfant était mort ; la peau de la tête ne présentait aucune trace de blessure. Dans le tissu cellulaire sous-cutané existaient plusieurs taches sanguines. A travers l'aponévrose épicrânienne intacte, on constatait dans toute la moitié supérieure de chaque pariétal un épanchement de sang noir liquide qui séparait le péricrâne des os. Le péricrâne incisé, on put voir alors qu'il existait sur chaque pariétal une fracture partant de la bosse pariétale et aboutissant à la suture sagittale.

Tous les autres os du crâne, de la face, du tronc et des membres, sont intacts.

SÉANCE DU 30 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Fistules dentaires. — M. Duval lit un rapport sur un mémoire de M. Choisy sur les fistules dentaires. L'auteur a cherché, dans ce mémoire, à élucider l'histoire de la fistule dentaire. Surpris de la fréquence de cette maladie, M. Choisy en recherche la cause, non pas seulement dans les lésions propres de l'organe, mais dans les constitutions innées ou acquises des malades, constitutions auxquelles ne restent point étrangères toutes les parties dures ou molles de l'appareil dentaire ; ce qu'il tend à prouver par les anomalies de l'organe, sur lesquelles un dentiste français, Baron, a donné l'éveil par l'observation de ce qui se passe lorsque la variole ou toute autre maladie aiguë survient pandant le temps de l'évolution dentaire. Vu les connexions qui unissent l'appareil lacrymal et l'appareil dentaire, l'auteur se fondant plus spécialement sur un fait de guérison, par l'avulsion d'une dent cariée, d'une tumeur ulcérée qui avait été prise pour une fistule lacrymale, a le soin de rappeler la nécessité d'examiner l'état de l'appareil dentaire aux diverses époques des tumeurs et fistules de la mâchoire. Il va même jusqu'à prendre en considération l'examen comparatif des chairs de l'ouverture des fistules dentaires, lacrymales et salivaires, ainsi que celui des liquides qui en découlent, en les soumettant à l'analyse chimique.

M. le rapporteur exprime le regret que l'auteur, attentif aux causes et à la marche des fistules dentaires, n'ait par dirigé ses recherches vers l'anatomie pathologique : avec elles, dit-il, il eût pu remarquer qu'à la suite du désordre que produisent et entretiennent souvent pendant longtemps les fistules dentaires et les ulcères enkystés du bord alvéolaire, les os de la mâchoire subissent une désorganisation sous forme de trou, de canal ou de cavité, dont l'apparence pourrait en imposer pour une variété, ce que démontrent les pièces d'anatomie que M. le rapporteur met sous les yeux de l'Académie.

Quoi qu'il en soit, dit en terminant M. le rapporteur, M. Choisy, en faisant une juste application des principes de la science au traitement des fistules dentaires, a donné à son travail un grand degré d'intérêt ; et en y rappellant cette connexion des maladies entre elles, il semble avoir voulu démontrer quelles doivent être les connaissances de ceux qui se livrent au traitement des maladies de l'appareil dentaire.

M. le rapporteur conclut en proposant de voter des remercîments à l'auteur, de déposer honorablement son manuscrit aux archives, et d'insérer son nom sur la liste prochaine des correspondants de l'Académie.

(Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.)

Accouchement d'un fœtus monstrueux. — M. Capuron lit un rapport sur un travail envoyé à l'Académie par M. Derien, médecin à Paimpol (Côtes-du-Nord), relatif à un cas d'accouchement très-laborieux d'un fœtus monstrueux, terminé avec succès pour la mère, sans opération sanglante.

Il s'agit d'un fœtus à terme, composé de deux corps très-bien conformés, bien développés, et unis par devant, depuis le haut du thorax jusqu'à l'ombilic commun, de deux têtes séparées et de huit membres distincts, dont quatre supérieurs et quatre inférieurs.

Ce fait est d'abord remarquable, dit M. le rapporteur, par les grandes difficultés qu'il a présentées, par l'extrême embarras où s'est trouvé l'accoucheur, qui était seul, sans secours, encore jeune et presque au début de sa pratique (le fait date d'environ quarante ans ; il est de 1808), et enfin par l'habileté et le sang-froid avec lesquels ont été exécutées de pénibles et dangereuses manœuvres, pour extraire de l'utérus, par la voie naturelle, deux enfants bizarrement réunis, sans compromettre la vie ni la santé de la mère. L'accouchement fut pratiqué en effet avec succès, sans opération sanglante sur la mère.

Voici en quelques mots l'histoire de ce fait curieux.

Appelé auprès d'une femme en travail depuis la veille, M. Derien constate la présence d'un pied hors de la vulve ; mais il découvre aussi un autre pied qui dépasse à peine le détroit supérieur, et qui ne lui paraît pas appartenir au même individu ; il reconnaît alors une grossesse double. Après avoir amené à la vulve le second pied de l'un des deux enfants au niveau de son congénère et avoir vainement essayé d'amener ce premier fœtus au dehors, M. Derien se détermina à repousser les deux membres en partie engagés au-dessus du détroit supérieur sur la fosse iliaque gauche, et alla saisir les deux membres de l'autre enfant qui reposait sur la fosse iliaque du côté opposé. Mais entraînés hors de la vulve au même point que les deux premiers, il fut également impossible de les faire descendre plus bas. Introduisant alors la main droite

jusqu'à l'utérus, il acquit la certitude que les deux jumeaux étaient unis par le thorax.

Après avoir longtemps hésité s'il essayerait d'extraire les deux troncs par le vagin, manœuvre la plus longue, la plus difficile et la plus douloureuse pour la mère, ou s'il pratiquerait l'opération césarienne, M. Derien se décida pour le premier parti. Après avoir successivement extrait les deux pieds des deux enfants et avoir, par des tractions convenablement dirigées, dégagé l'enfant double jusqu'aux régions lombaires et même jusqu'aux aisselles, puis fait descendre les membres supérieurs, vint le tour des deux têtes. Les deux têtes furent successivement extraites de la même manière, c'est-à-dire en entraînant chacune d'elles à son tour à l'aide des doigts introduits dans la bouche, et en achevant l'extraction par le forceps.

Le succès de cette longue et pénible manœuvre fut complet. L'accoucheur n'eut à déplorer aucun accident pour la mère.

M. le rapporteur, après avoir rappelé les quelques cas analogues très-rares consignés dans les annales de la science, en tire cette conséquence et cet enseignement pratique, qu'on ne doit jamais désespérer d'extraire un enfant monstrueux de la matrice par le vagin et la vulve, pourvu que le bassin et les organes génitaux de la mère soient bien conformés. Ces faits attestent en outre, ajoute M. Capuron, que le meilleur moyen de rendre ces sortes d'accouchements heureux, c'est d'exercer autant que possible des manœuvres douces et conformes au mécanisme de l'accouchement naturel; principe que le docteur Derien a savamment appliqué dans cette circonstance.

M. le rapporteur propose en conséquence de lui adresser des remercîments et de déposer son mémoire aux archives.

M. Moreau : Le fait que vient de rapporter M. Capuron n'est pas unique dans la science ; M. le rapporteur aurait pu citer un fait semblable que j'ai publié moi-même dans le temps. Les enfants monstrueux de ce genre s'engagent en général par le pelvis ; les têtes s'engagent alors successivement, d'où la possibilité de la naissance de ces enfants sans qu'il soit nécessaire de recourir à la mutilation. D'ailleurs il est très-rare, dans ce cas, que la grossesse parvienne à son terme naturel. Quant au parti à prendre en pareil cas, il est évident qu'il n'y a pas à hésiter ; le plus ordinairement ces enfants ne sont pas vivants ; par conséquent on peut sans scrupule les mutiler pour en faciliter l'extraction ; fussent-ils vivants, d'ailleurs, je n'hésiterais pas pour mon compte à recourir à la mutilation, plutôt que de faire courir à la mère les chanches d'une opération grave.

M. Capuron : Le volume des deux fœtus était énorme ; chacune des deux têtes était plus volumineuse que ne l'est la tête d'un enfant ordi-

naire à terme, et il y avait en outre huit membres ; c'est assez dire quelles devaient être les difficultés d'un pareil accouchement. M. Moreau dit qu'en pareil cas il n'aurait pas hésité à les démembrer ; mais lorsqu'il s'agit de deux fœtus aussi volumineux, je crois que l'opération que nécessiterait leur mutilation serait plus dangereuse pour la mère que l'opération césarienne. (Ho !)

M. Moreau : Je ne peux pas admettre une pareille proposition. J'ai vu pratiquer l'opération césarienne par Pelletan, par Baudelocque, par Dubois, par M. P. Dubois ; je l'ai pratiquée moi-même, et je déclare que je ne l'ai pas vue réussir encore une seule fois. J'ai eu l'occasion de pratiquer environ cinq ou six fois la mutilation, et je l'ai fait toujours, au contraire, sans danger pour la mère. Je ne méconnais pas que les manœuvres qu'exige la mutilation du fœtus ne puissent occasionner des accidents et devenir la source de dangers graves pour la mère, si elles sont faites imprudemment et d'une manière maladroite ; mais il faut mettre ces dangers sur le compte de la maladresse de l'opérateur et non de l'opération elle-même. Bien faite, l'opération a toujours de grandes chances de succès.

Autre circonstance : si vous allez mutiler un enfant dans un bassin vicié dont le diamètre aura moins de 2 pouces, par exemple, il est évident que vous ferez courir des dangers à la mère ; mais c'est là une circonstance exceptionnelle. Dans les cas où le bassin a des dimensions normales, il n'est pas possible de mettre en parallèle les chances des deux opérations.

M. Rochoux : Il y a dans le fait dont M. Capuron vient de vous entretenir une question de psychologie et une question de pratique. L'auteur du mémoire paraît regarder comme douteux s'il y a ou non deux pensées lorsqu'il y a deux cerveaux. La question n'est pas douteuse : elle est résolue par l'histoire des deux sœurs Ritta et Christina, qui, bien que vivant dans une grande sympathie, conservaient évidemment chacune leur indépendance de pensée. Il en était de même de deux frères réunis, dont l'un battait l'autre lorsqu'il ne voulait pas marcher dans la même direction.

Sur la seconde question, je rappellerai à M. Moreau que M. Villeneuve nous a fait dernièrement un rapport sur un cas d'opération césarienne pratiquée avec succès.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

28. *Observation d'Occlusion prématurée du trou ovale avec maladie de la vulvule mitrale, et persistance du canal artériel*; par le docteur E. Benezerd Smith.

(London Médical Gazette.)

Une femme ordinairement bien portante accoucha, le 20 octobre 1846, de son septième enfant. Pendant les trois derniers mois de sa grossesse, elle avait remarqué que l'enfant exécutait très-peu de mouvements. L'accouchement se fit sans difficulté. Les membres de l'enfant étaient bien développés, et sa peau d'une couleur ordinaire, lorsque, environ cinq minutes après la première respiration, la face devint d'un bleu foncé et la respiration s'embarrassa. On relâcha la ligature du cordon ombilical; mais il ne s'écoula pas de sang. La peau ne tarda pas à prendre aussi la coloration violette, et la respiration s'embarrassa de plus en plus. Huit ou dix heures après, l'enfant tomba dans un état apoplectique; cyanose uniuverselle; paralysie au bras droit; contraction convulsive du bras gauche; seize heures après il tomba dans le coma, et la mort eut lieu vingt et une heures après la naissance.—*Autopsie.* Enfant bien développé et bien proportionné, peau marbrée de noir et de blanc; deux ou trois drachmes de sérosité dans le péricarde; les poumons gorgés de sang noir et légèrement emphysémateux à leur bord antérieur; la veine ombilicale perméable mais vide, le cœur un peu plus vertical qu'à l'ordinaire, plus petit et plus étroit par suite de l'aplatissement du ventricule gauche; les veines caves, le cœur droit et les veines coronaires gorgés de sang. En ouvrant l'oreillette droite, qui était distendue et qui avait sa forme ordinaire, on apercevait la fosse ovale fermée par une membrane solide et réticulée, qui adhérait fortement au bord de l'ouverture et qui formait une espèce de poche. Un stylet, introduit en bas de l'ouverture, pénétrait à 3 lignes dans l'épaisseur de la fosse interauriculaire, mais non dans l'oreillette. Au-dessous de la fosse ovale, on distinguait un simple vestige de la valvule d'Eustachi. L'orifice auriculo-ventriculaire droit était large et pourvu d'une valvule suffisante, quoique différant jusqu'à un certain point de la valvule tricuspide normale. Les parois du ventricule droit étaient assez hypertrophiées, sa cavité large; non-seulement ce ventricule descendait jusqu'à la pointe, mais il s'enroulait autour du ventricule

gauche, de manière à former seul la pointe du cœur. Pas de trace de communication interventriculaire. L'artère pulmonaire, très-large à son orifice (3 lignes et demie de diamètre), avait, un peu au-dessus, 4 lignes de diamètre ; elle fournissait, comme d'ordinaire, ses branches au poumon droit et au poumon gauche, et se continuait ensuite perpendiculairement en haut par un tronc qui diminuait graduellement de volume, et qui n'était autre que le canal artériel. Ce canal allait aboutir à la face inférieure de la crosse de l'aorte, presque vis-à-vis de l'artère sous-clavière gauche, de manière que le sang devait passer non-seulement dans l'aorte descendante, mais encore dans les artères de la tête et des membres supérieurs. Les quatre veines pulmonaires pénétraient, comme à l'ordinaire, dans l'oreillette gauche. Cette dernière était bien développée, large transversalement, et rétrécie dans le sens vertical, par suite du développement de son appareil musculaire. La membrane complète, qui oblitérait le trou ovale, était repoussée facilement vers l'oreillette droite; mais on ne découvrait aucune communication. L'orifice auriculo-ventriculaire, considérablement rétréci, n'avait que 1 ligne et demie de diamètre. La valvule mitrale, mal conformée et probablement insuffisante, était formée de deux cordons tendineux, très-petits, blanchâtres, adhérents l'un à la cloison et en avant, l'autre à la paroi postérieure du ventricule, mais sans ces colonnes charnues ou ces cordons tendineux qui s'opposent ordinairement au reflux du sang dans l'oreillette. Le ventricule gauche presque oblitéré; ses parois contractées au point qu'il y avait seulement, à la base, une petite cavité de 2 ou 3 lignes de diamètre, tapissée par une membrane lisse et très-dense. L'orifice aortique, fortement rétréci, avait seulement 2 lignes de diamètre. Les valvules aortiques bien conformées. L'aorte était anormale, mais la portion ascendante et la portion transverse de la crosse étaient moins larges que l'artère pulmonaire : elles n'avaient que 3 lignes de diamètre à leur origine, et au niveau de la carotide gauche, immédiatement avant la jonction du canal artériel, 2 lignes et demie de diamètre seulement ; au-dessous de ce point, l'aorte descendante avait 2 lignes 3 quarts.

Cette observation, qui est presque unique dans la science (nous n'en connaissons qu'une autre rapportée par Vieussens, dans son ouvrage *Sur la structure du cœur*, chap. VIII, p. 35), soulève plusieurs questions importantes. Et d'abord, comment la circulation s'accomplissait-elle chez cet enfant, pendant la vie intra-utérine, malgré l'altération de la valvule mitrale, l'arrêt de développement du cœur gauche et de l'aorte, et l'oblitération du trou ovale ? il

est évident que la balance était rétablie par l'accroissement de développement du cœur droit et le mécanisme parfaitement exact de ses cavités. Mais quelle était la cause de l'arrêt de développement du cœur gauche et de la valvule mitrale ? Était-ce l'occlusion prématurée du trou ovale, qui, ayant augmenté l'activité du cœur droit et des vaisseaux voisins, avait entraîné toutes les forces de la circulation vers ce point, et avait amené cet arrêt de développement des cavités gauches ? ou bien l'action morbide s'était-elle d'abord manifestée dans la valvule mitrate ; et par suite de l'altération de structure de cette valvule, le sang aurait-il séjourné dans les cavités gauches, et pressé la valvule du trou ovale contre le bord de l'orifice, de manière à déterminer l'oblitération de cette ouverture ?... Que l'une ou l'autre de ces opinions soit vraie, il n'en reste pas moins un point indéterminé : c'est de savoir comment et pourquoi la valvule du trou ovale était aussi notablement développée, à une époque aussi peu avancée de la vie intra-utérine.

Il nous reste encore à signaler un autre point (ce n'est pas le moins important, car il touche à la médecine légale). On considère généralement l'oblitération du trou ovale comme une preuve que l'enfant a vécu. Or, il est facile de comprendre que, dans ce cas particulier, l'occlusion du trou ovale existait longtemps avant la naissance. Heureusement que, en médecine légale, on se base rarement sur un seul signe pour porter un jugement, et qu'il est d'autres signes plus importants qui doivent être pris en considération, quand il s'agit de déterminer si l'enfant a vécu ou non de la vie extra-utérine.

---

29. *Observation de vice de conformation du cœur avec persistance du trou de Botal, et sans cyanose, dans lequel le système artériel recevait une très-petite quantité de sang rouge*, etc. ; par le docteur A. Mayne, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Richemond.

(Dublin quarterly Journal of Med.)

L'auteur fut appelé, au mois de juillet 1845, auprès d'une femme de 27 ans, très-pâle, qui n'avait jamais offert de symptômes de cyanose, mais qui présentait ceux d'une maladie du cœur très-prononcée. Ses fonctions cérébrales étaient peu développées et paresseuses ; de sorte qu'il fut impossible d'obtenir des détails sur ses antécédents. Douleurs dans les diverses parties de la poitrine ; dyspnées et palpitations au moindre exercice ; toux sèche, courte et fatigante ; répulsion absolue pour le mouvement ; la malade déclarait qu'il lui était impossible de se

remuer, et que sa mort serait la conséquence du moindre exercice. Couchée, rien n'indiquait, en apparence, chez elle, une maladie du cœur ; la respiration était tranquille et à peine accélérée ; le pouls régulier, petit et mou, de 80 à 90. Mais aussitôt qu'elle essayait de marcher, il survenait de violentes palpitations ; le pouls devenait fréquent et irrégulier ; la respiration s'embarrassait ; les veines jugulaires n'offraient ni distensions ni battements ; pas le moindre signe d'hydropisie ; son corps était continuellement couvert de transpiration d'une odeur très-fétide ; la malade mangeait si peu, que l'on était étonné qu'elle pût subsister, et conserver autant de développement musculaire ; il y avait de la constipation, et les urines étaient rares. L'examen de la poitrine ne fit reconnaître d'autre particularité qu'un affaiblissement extrême du murmure respiratoire, coïncidant avec une sonorité normale à la percussion ; matité de la région précordiale très-étendue; rhythme du cœur naturel; pas de frémissement vibratoire; bruit de soufflet au premier temps, ayant son maximum au niveau de l'extrémité sternale de la quatrième côte gauche, et paraissant limité à un petit espace ; car on ne le retrouvait ni à la pointe du cœur, ni sur le trajet de l'aorte ; le second bruit était très-distinct et parfaitement normal. Cette malheureuse femme continua à traîner son existence encore pendant deux ans. Son état parut même s'améliorer pendant l'été de 1847 ; mais cette amélioration fut de peu de durée. Au mois de juillet 1847, je la trouvai assise sur son lit et habillée ; elle me dit qu'elle désirait changer de salle, et qu'elle saurait bien traverser la cour de l'hôpital : la nuit suivante, on reconnut qu'elle respirait difficilement, elle succomba, sans qu'on s'en aperçût. — *Autopsie.* Indépendamment d'une congestion sanguine des poumons, très-intense, avec noyaux apoplectiques ou pneumoniques, on trouva, du côté du cœur, l'altération suivante : cet organe est hypertrophié, principalement aux dépens des cavités droites ; l'oreillette gauche doublée de volume est considérablement hypertrophiée; la cloison auriculaire percée d'une ouverture circulaire, qui eût pu loger une demi-couronne, à contours réguliers et presque tendineux, sans aucune trace d'appareil valvulaire ; pas de valvules d Eustachi ; dilatation considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, avec allongement proportionnel de la valvule correspondante ; dilatation considérable avec hypertrophie du ventricule droit, qui ressemblait, à s'y méprendre, au ventricule gauche ; orifice pulmonaire très-large ; les valvules saines ; le ventricule gauche ressemblait à celui du cœur d'un enfant de 8 ans ; il se terminait brusquement à une distance considérable de la pointe

du cœur ; les parois étaient plus minces que celles du ventricule droit ; l'oreillette gauche avait des dimensions normales ; le trou ovale offrait de ce côté le même aspect que du côté de l'oreillette droite ; l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était considérablement rétréci, et pouvait à peine loger un doigt ; valvules aortiques saines ; artère pulmonaire et ses branches énormes, contrastant avec la petite ramification de l'aorte et de ses ramifications ; canal artériel oblitéré ; veines caves petites, et en rapport par leurs dimensions avec celles de l'aorte ; veines pulmonaires très-larges.

Cette observation offre un exemple d'un vice de conformation du cœur des plus rares et des plus curieux. En effet, par suite du rétrécissement des orifices aortiques et auriculo-ventriculaire gauche et de la rétraction des cavités gauches, le sang artériel ne pouvait pénétrer qu'en très-petite quantité dans la grande circulation et s'échappait dans les cavités droites à travers le trou ovale persistant, circonstance encore favorisée par le développement excessif des orifices et des cavités du cœur droit, ainsi que de l'artère pulmonaire. Autrement dit, le cœur offrait cette étrange anomalie que *le sang rouge retournait en grande partie aux poumons* après un court circuit dans le cœur *sans avoir pénétré dans la grande circulation*, et que celle-ci recevait du sang artériel tout à fait en quantité insuffisante. On s'explique difficilement que, avec des altérations aussi profondes, la malade ait pu vivre jusqu'à l'âge de 29 ans. Nous ferons remarquer enfin que dans ce cas, malgré le rétrécissement des orifices, et la persistance du trou ovale, il n'y avait pas trace de *cyanose*, circonstance qui tendrait à faire considérer le mélange des deux sangs comme n'étant pas sans influence sur cet ensemble particulier des symptômes.

---

30. *Des causes de mort subite* ; par M. Malcolm Hilles.

(The medical Times.)

L'auteur publie, depuis fort longtemps déjà, dans *The médicale Times*, une série d'articles dans lesquels il a cherché à rassembler systématiquement toutes les conditions pathologiques susceptibles de produire la mort instantanée. Chemin faisant, il se livre à des considérations diverses sur le mode de production des lésions, organiques ou autres, dont la mort est la conséquence, sur l'enchaînement des phénomènes, sur la manière dont la mort se produit, etc. C'est dire que ce travail, si nous voulions l'analyser en détail, nous ferait parcourir presque tout le champ de la pathologie. Nous nous bornerons à signaler deux aperçus con-

tenus dans les articles que nous avons en ce moment sous les yeux.

Il y a longtemps qu'on a signalé les affections organiques du cœur comme des causes de mort subite, et qu'on a montré que c'était à cet ordre de faits qu'on devait rapporter la plupart des cas publiés sous le titre de *Apoplexies foudroyantes*. Nous avons publié plusieurs travaux sur ce sujet, un, entre autres, de M. Lombard, en 1846. Voici comment M. Hilles envisage ce point de pathologie. « Il ne faut, dit-il, qu'un trouble de l'action du cœur, ou un ralentissement un peu considérable de ses battements, pour amener un défaut de l'action propre du sang sur les organes essentiels à la vie, spécialement sur le cerveau et le système nerveux. Le résultat de ce changement est l'arrêt de leurs fonctions, la perte de la sensibilité, la défaillance et la mort. Les phénomènes se succèdent dans l'ordre suivant : 1° action irrégulière du cœur ; 2° diminution ou suspension de l'action nerveuse générale ; 3° paralysie du cœur ; 4° mort. Cependant, ajoute l'auteur, la mort subite, dans le cas d'hypertrophie ou d'anévrysme du cœur, arrive quelquefois d'une autre manière. Par exemple, les organes essentiels ou *grands centres de vie* peuvent être le siége d'une congestion suffisante pour enrayer leurs fonctions. La mort en est la conséquence, et son degré de *soudaineté* est en proportion de la rapidité et de l'étendue de la congestion. Dans le cerveau, la congestion produit une attaque d'apoplexie ; dans les poumons, un embarras de la circulation pulmonaire.

Il n'est pour ainsi dire pas de maladies qui, une fois produites, ne deviennent le point de départ d'une généalogie d'influences morbides qui assiégent plus ou moins gravement les parties essentielles de l'organisme. Il ne peut pas en être autrement. L'organisme est tout à la fois un et multiple. Les pièces qui le composent sont nombreuses, et en même temps elles se tiennent toutes par un lien commun qui détermine l'harmonie des fonctions. Mais c'est surtout dans les maladies du cœur que cette solidarité se manifeste par des caractères sérieux ; et l'on conçoit bien que la circulation ne puisse être troublée à son centre sans que l'économie tout entière en reçoive le contre-coup. Maintenant, comment cette perturbation consécutive a-t-elle pour dernier résultat la suspension des battements du cœur, la mort subite ? L'explication de M. Hilles peut être exacte pour un certain nombre de cas, mais nous ne pensons pas que la série des phénomènes suive toujours et nécessairement un aussi long chemin que celui qu'il a tracé. Sans doute, le désordre de la circu-

lation centrale ne peut pas ne pas modifier, d'une façon quelconque, l'action intime du sang sur la masse cérébro-rachidienne et sur tout le reste du système nerveux ; mais l'arrêt du mécanisme cardiaque est-il toujours la conséquence directe de cette modification ? Voilà ce que l'on ne saurait affirmer. On ne comprend pas bien pourquoi le coup porté au système nerveux tout entier retentirait uniquement sur le cœur. D'un autre côté, rien ne prouve que la suspension des battements de cet organe ne soit pas, dans un certain nombre de cas, directement liée à l'affection dont il est le siége ; en d'autres termes, que la paralysie qui arrête tout à coup la contraction de ses fibres musculaires ne soit pas simplement locale et l'effet topique des conditions morbides dans lesquelles le cœur se trouve placé.

Nous trouvons encore, dans cette même partie du travail de M. Hilles, un aperçu déjà indiqué par M. Hodgson, dans son *Traité des maladies des artères et des veines.* Il pense qu'un défaut d'élasticité des artères, en augmentant la pression de la masse sanguine contre les parois du cœur, peut amener la dilatation de ses cavités gauches. Il cite même le cas d'un jeune homme chez lequel il constata, à l'autopsie, l'existence d'une dilatation du ventricule gauche, sans maladie organique apparente, soit des valvules, soit des fibres musculaires, et crut remarquer en même temps que l'aorte était moins élastique que de coutume. Cette vue a quelque chose de spécieux qui plaît à l'esprit; mais on ne saurait la présenter comme un fait acquis à la science.

---

31. *Du traitement de l'éruption furonculeuse rebelle, par la liqueur de* Fowler; par le docteur Schweich.

(Casper's Wochenschrift.)

Le furoncle isolé ne constitue pas une affection bien grave ; mais il en est tout autrement quand de nombreux furoncles se développent en divers points du corps, et se succèdent de telle sorte qu'ils constituent une éruption chronique et rebelle. On sait combien la liqueur de Fowler rend des services contre les affections cutanées eczémateuses et autres ; M. Schweich l'a essayée contre les éruptions furonculeuses, et s'en est parfaitement bien trouvé. Il en fait prendre au malade 4 gouttes deux fois par jour, le matin et le soir. Lorsqu'il a ainsi consommé un gros de teinture, il en porte la dose à 5 gouttes pour le deuxième gros, après quoi un troisième est employé à la dose de 6 gouttes, deux fois par jour. Si pendant ce traitement des furoncles se montrent encore, ils ne tardent pas à disparaître, ainsi que les pustules d'ecthyma qui les accompagnent quelquefois.

Il a fait également usage de cette teinture avec le même avantage dans le traitement de l'acné.

---

32. *De l'étiologie de la fièvre puerpérale*; par le docteur SEMELWEIS.

(Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der aerzte zu wien, 1847.)

C'est un fait malheureusement trop certain qu'il meurt considérablement plus de femmes de la péritonite puerpérale dans les cliniques d'accouchement que dans la pratique civile. Quelle est la cause de cette différence ? Jusqu'ici on n'a guère accusé que la réunion d'un grand nombre de femmes et l'encombrement des salles. Le docteur Semelweis croit avoir saisi une cause plus directe et plus positive de la grande mortalité qu'on observe dans quelques cliniques obstétricales. Réfléchissant quels fâcheux résultats peut avoir le contact des humeurs virulentes ou putrides avec des surfaces absorbantes, il se demanda si, dans beaucoup de cas, les maladies puerpérales graves n'étaient pas la suite d'une inoculation morbide opérée par les élèves qui souvent, de l'amphithéâtre, passent dans les salles d'accouchement. Pour s'assurer jusqu'à quel point ce soupçon était fondé, il ordonna à quiconque voudrait examiner une femme, de se laver préalablement les mains dans une eau contenant par deux litres une once de chlorure de chaux. Le résultat de cette précaution fut frappant : pendant le mois d'avril et de mai durant lesquels elle n'avait pas encore été prise, il était mort plus de 18 femmes sur 100, tandis que dans les mois suivants, à partir du moment de la mise à exécution de cette mesure, il ne mourut plus que 2,45 femmes sur 100.

Ces faits expliquent parfaitement, selon l'auteur, pourquoi la mortalité est notablement moindre dans les cliniques obstétricales suivies par des élèves sages-femmes, que dans celles fréquentées par des jeunes gens; et il croit que, si la Maternité de Paris fait exception à cette règle, c'est que les élèves sages-femmes peuvent s'y livrer à des recherches cadavériques. Il cite également d'autres faits qui viennent à l'appui de ses assertions ; ainsi, il rapporte qu'un élève, après s'être livré à des travaux d'amphithéâtre, toucha, sans s'être lavé, plusieurs femmes dont quelques-unes devinrent malades et moururent; ainsi encore, dans le courant du mois d'octobre, il y eut une augmentation de mortalité, et une enquête prouva qu'elle devait être attribuée à un manque de précaution de la part de ceux qui avaient touché une femme en travail, offrant une affection cancéreuse de l'utérus; enfin, il a vu également plusieurs accouchées infectées par

la sanie provenant d'un ulcère de l'extrémité inférieure d'une autre femme.

---

33. *Observation de grossesse utérine dans laquelle le fœtus a séjourné près de trois mois dans la cavité utérine, après le terme ordinaire de la gestation et a amené la destruction de la paroi antérieure de l'utérus* ; par le docteur OLDHAM.

(Guy's Hospital Reports.)

L'auteur fut appelé le 30 juin 1835 auprès d'une dame de 41 ans; mariée à 19 ans, elle était accouchée, un an après, d'un fœtus de 7 mois ; puis elle avait eu deux avortements. Quelque temps après, accouchement à 7 mois. A partir de ce jour, plusieurs fausses couches à divers intervalles (elle en eut à peu près vingt). A l'âge de 32 ans, nouvelle grossesse, accouchement à 7 mois. Quatre ans après, nouvel accouchement à terme. Cette dame se croyait encore enceinte au mois de juin 1845. Elle avait fait appeler son accoucheur le 26 juin, à cause de l'écoulement d'une certaine quantité d'eau ; mais celui-ci trouva le col de l'utérus fermé, et l'utérus sans contraction. Pendant quatre jours, l'état fut le même. M. Oldham, appelé à cette époque, constata que l'abdomen était le siége d'une douleur diffuse, et était distendu comme au neuvième mois de la grossesse. L'utérus formait, dans le vagin, une tumeur arrondie à travers laquelle on sentait la tête du fœtus. Le col utérin était racourci, et son orifice permettait la libre entrée du doigt, de sorte qu'on pouvait se mettre directement en rapport avec la tête du fœtus ; pas de fièvre, pas de chaleur anormale ; les seins étaient durs et gonflés, comme au troisième jour après la délivrance, et fournissaient du lait ; le fœtus était mort, ainsi que le prouvaient l'auscultation et l'absence de mouvements actifs. Douze jours après, l'auteur fut appelé auprès de cette dame : l'accouchement n'était pas fait ; le vagin fournissait depuis huit jours un liquide brunâtre d'une horrible fétidité, et quelques gaz. La malade était plus faible ; pouls fréquent ; face animée. On sentait, à travers les parois abdominales, les diverses parties du fœtus ; le col de l'utérus permettait l'introduction de deux doigts, et l'on distinguait les os de la tête, qui commençaient à se dissocier. Le seigle ergoté, les frictions sur l'abdomen, ne réussirent pas à réveiller les contractions de l'utérus et à déterminer l'expulsion du fœtus ; le galvanisme et la dilatation mécanique ne réussirent pas davantage. Dans ces circonstances, M. Oldham fit faire, dans l'intérieur de l'organe utérin, des injections répétées, destinées à entraîner la substance cérébrale en putréfaction. Les jours suivants, on put

extraire le placenta, avec le cordon ombilical putréfié ; puis les os du crâne ; tout un bras ; plusieurs côtes ; une grande partie de la colonne vertébrale, et quelques os de l'autre bras. L'abdomen diminuait chaque jour de volume ; l'écoulement perdait de sa fétidité, et devenait puriforme. Bientôt les forces de la malade, que l'on était parvenu à soutenir avec des toniques, commencèrent à décliner. Vers la fin de septembre, l'amaigrissement et la faiblesse étaient extrêmes ; l'abdomen était sensible à la pression, et la miction était douloureuse. La tumeur abdominale n'avait plus que le volume d'une orange, était dure, compacte, mieux circonscrite ; elle se sentait presque immédiatement derrière les parois abdominales ; ce qui fit penser à M. Oldham que la paroi utérine était ulcérée, et que les os du fœtus s'étaient échappés dans le petit bassin. Il conclut en même temps, d'après les douleurs vives qne la malade éprouvait en urinant, que la vessie était intéressée. La mort eut lieu le 26 septembre, après des vomissements répétés, trois mois environ après l'établissement du travail.

Autopsie. — En divisant les parois abdominales sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, on ouvrait un kyste qui renfermait un assez grand nombre d'os, au milieu d'un putrilage épais et brunâtre. Ce kyste était formé en avant par la partie inférieure des parois abdominales et par la vessie, en haut par l'intestin grêle et l'épiploon, dont les adhérences étaient extrêmement faibles ; en arrière par la paroi postérieure de la cavité utérine. L'organe utérin, mesuré en arrière, avait 4 pouces de longueur. Le corps, porté en arrière, était enveloppé par de fausses membranes, et le col était assez large pour admettre le petit doigt. Toute la paroi antérieure de l'utérus manquait, à l'exception de la lèvre antérieure, qui complétait l'orifice, par lequel on pénétrait dans l'interieur du kyste. La vessie était amincie dans un point, et la perforation était imminente. L'ovaire gauche était sain ; les appendices de l'utérus, du côté droit, étaient soudés intimement, de manière à ne pouvoir être séparés. Los os qui étaient renfermés dans le kyste étaient ceux d'un fœtus à terme ; ils étaient entièrement débarrassés des parties molles, et formaient une espèce de masse ovalaire, dense et compacte.

Il est presque inutile de faire remarquer combien cette observation présente de choses curieuses et rares. Une femme, parvenue au terme ordinaire de la grossesse, ne voit pas s'établir le travail de l'accouchement. La lactation s'établit cependant, comme lorsque la grossesse est terminée ; la matrice reste passive et incapable d'agir ; le fœtus reste renfermé dans cet organe comme dans un kyste ; il s'y putréfie et s'y détruit peu à peu. La paroi

antérieure de l'utérus s'ulcère, et la vessie est sur le point d'être perforée elle-même, lorsque la malade succombe à l'épuisement et à une péritonite intercurrente. La seule question qui se présente ici est de savoir si le fœtus était dans la cavité utérine, ou s'il était placé en dehors de cette cavité, comme dans la grossesse interstitielle, par exemple. Mais l'examen par l'abdomen et par le vagin ne pouvait laisser aucun doute à cet égard : non-seulement le col utérin avait participé au développement de l'organe, mais encore ce col était entr'ouvert, et il était facile d'arriver par là jusqu'à la tête du fœtus, qui était couverte par les membranes. Pendant trois mois, il fut facile de vérifier le fait, puisque le doigt, introduit par l'orifice utérin, rencontrait les derniers débris du corps du fœtus. Au reste, il existe deux autres faits de même espèce également bien constatés : l'un rapporté par le docteur Cheston (*Medico-chir. trans.*, t. V) ; l'autre par Burdach, d'après Voigtel.

---

34. *Cas de blessure grave de la vulve durant la grossesse, suivie d'une hémorrhagie alarmante*; par M. M'Clintock.

(The Médical Times.)

Quoiqu'il ne soit pas à beaucoup près sans analogues, le fait suivant se recommande néanmoins par la triple circonstance de l'abondance de l'hémorrhagie, du succès du moyen simple qui fut employé, et de la continuation de la grossesse, malgré la gravité du choc imprimé à la constitution de la mère.

Obs. — Une femme de bonne santé, âgée de 40 ans, se trouvait au cinquième mois d'une cinquième grossesse, lorsqu'elle tomba d'une hauteur de 8 ou 10 pieds ; les parties génitales portèrent contre le bord d'un tonneau. Il s'écoula de suite par le vagin une si grande quantité de sang, que lorsque l'auteur la vit au bout de vingt minutes, elle était pâle, froide, et le pouls à peine perceptible.

La grande lèvre gauche et les portions contiguës de la cuisse et de la fesse étaient tuméfiées et ecchymosées, avec abrasion de la peau de cette région. Après avoir enlevé un caillot de sang qui remplissait le vagin, on reconnut que le méat urinaire et la portion antérieure de l'orifice vaginal étaient lacérés, au point que l'angle du pubis se trouvait presque dépourvu de périoste. Cette blessure avait évidemment été la source de l'hémorrhagie, car il ne se présentait aucune autre lésion, et le col utérin avait sa forme et sa situation normales. La sonde évacua de l'urine claire et limpide.

L'hémorrhagie étant suspendue à ce moment, on commença

par administrer un peu de vin ; ensuite la réaction survenue, une grosse éponge fut introduite dans le vagin, puis une seconde mise à l'entrée de la vulve. Un bandage en T maintint le tout en place. Il fallut sonder la malade ; mais on évita de toucher au tampon jusqu'à ce que quarante heures fussent écoulées. On l'enleva alors et on fit quelques injections avec de l'eau tiède. A ce moment, la plaie ne saignait plus, et commençait à suppurer. Les parties contuses offraient toujours le même état.

Au bout de quinze jours, elle fut guérie, n'ayant pas cessé de sentir son enfant remuer.

---

35. *OEuf altéré simulant un polype de l'utérus ;* par M. Merriman. (The medical Times.)

C'est une question fixée seulement en apparence que celle de savoir si de véritables polypes utérins peuvent être détachés et expulsés spontanément ou par un très-léger effort. Plusieurs observations tendraient à démontrer que le prétendu polype n'était, dans ces cas, qu'une concrétion sanguine ancienne, plus ou moins organisée. Et, de fait, l'erreur de diagnostic entre ces deux productions différentes semble bien difficile à éviter. Ainsi : M. Récamier a regardé comme un polype expulsé spontanément « un corps mollasse, ressemblant à de la fibrine coagulée, et que, dit-il même, *on aurait pris pour telle* si l'enveloppe muqueuse qui envoyait quelques prolongements fibreux dans son épaisseur ne l'eût fait considérer comme un polype. » Selon nous, l'opinion indiquée ici comme illusion était la seule exacte.

Une malade de M. Velpeau avait été mise dans un bain, préparée pendant trois jours à l'opération, quand le médecin, cherchant de nouveau à poursuivre le pédicule avec le doigt, fit tomber le prétendu polype qu'une incision démontra n'être qu'un caillot endurci.

D'après M. Merriman, le docteur Johnson serait tombé dans la même erreur. En donnant (*The medic. Times*, 1847, p. 455) la description d'un polype dont il observa la chute spontanée, ce médecin dit que la tumeur « avait l'apparence d'un caillot sanguin, s'écrasant sous le doigt. » Évidemment, dit l'auteur, et, nous le répétons avec lui, ce ne sont point là les caractères d'un polype.

C'est à propos de ce cas que M. Merriman raconte une intéressante histoire du même genre, bien faite, avec les trois observations que nous venons de rappeler, pour établir jusqu'à preuve contraire, cette thèse que les polypes qui se détachent spontanément ou presque spontanément ne méritent pas,

anatomo-pathologiquement parlant, le nom de polypes.

Obs. — Une sage-femme intelligente, dit M. Merriman, me pria de venir le plus tôt possible visiter une de ses clientes dont la maladie l'inquiétait, et qui avait une perte de sang. A mon arrivée, cette femme me dit que l'hémorrhagie datait de trois à quatre mois, et avait toujours continué plus ou moins forte. Je touchai : le col de l'utérus était considérablement ouvert et entourait une tumeur que je supposai être un polype. Je retirai donc à moitié mon doigt, prêt à déclarer qu'il s'agissait d'un polype qui devait être lié ; cependant je résolus de répéter l'exploration ; en portant le doigt plus avant, il me sembla découvrir comme une pénétration du bord du col dans la tumeur ; sans autre instrument, je parvins à faire tomber celle-ci, et je la reconnus pour être un œuf altéré (1), qui, d'après le rapport de la sage-femme, était depuis près de cinq mois dans l'utérus.

Comme je félicitais la malade du résultat inattendu de cette exploration, la sage-femme m'avoua qu'elle avait déjà été vue par un accoucheur en renom, lequel avait diagnostiqué un polype et prononcé la nécessité de la ligature, qu'il devait revenir pratiquer le lendemain matin. C'était même là le motif pour lequel on m'avait fait mettre tant de hâte à me rendre auprès de la malade, qui tenait à avoir l'avis d'un autre médecin avant de se résigner à cette opération.

Je jugeai alors convenable, ajoute M. Marriman, de déclarer très-expressément à la patiente et à ses amis que j'avais également la même opinion quant à la nature de la maladie et à son traitement; mais que, après un examen plus attentif, j'avais vu la possibilité de la guérir immédiatement, et que, vraisemblablement, cette heureuse terminaison avait été facilitée par l'examen de l'autre médecin, qui avait eu pour résultat de faire descendre la matrice dans le bassin et de favoriser ainsi une exploration plus complète.

---

36. *Deux observations de kyste hydatique de la prostate et de la région prostatique;* par les docteurs G. Lowell et B. Curlin.

(London med.-chir. Transactions.)

Obs. I. — Un homme de 64 ans, mal nourri, mal vêtu, et continuellement exposé à toutes les intempéries de l'air, était sujet à de la difficulté d'uriner depuis trois ou quatre ans. Suivant lui, depuis cette époque, il n'avait jamais réussi à vider complétement la vessie; enfin dans les derniers temps, la réten-

(1) Il ne nous paraît pas que cette expression vague d'*œuf altéré* puisse s'appliquer à autre chose qu'aux productions dont nous avons parlé tout à l'heure.

tion d'urine était devenue presque complète. A son entrée à l'hôpital du comté de Sussex, cet homme était en proie à une rétention d'urine; on avait essayé à plusieurs reprises, avant ce temps, de le sonder, mais sans succès. La première tentative que fit l'auteur ne fut pas plus heureuse; l'instrument arrivait avec facilité jusqu'à la région prostatique, mais là il s'engageait dans de nombreuses fausses routes; tantôt on sentait la pointe au-dessus du pubis, en avant de la vessie; tantôt elle se perdait dans une situation plus profonde. En examinant par le rectum, on découvrit une tumeur volumineuse, offrant une élasticité obscure, et située dans le point qu'occupe la prostate; elle remplissait presque entièrement le bassin. L'état de faiblesse de cet homme ne laissait pas de temps à perdre; on le mit dans un bain chaud, qui permit la sortie d'une certaine quantité d'urine; cependant la vessie était encore distendue; quelques heures après, on fit de nouvelles tentatives de cathétérisme, et l'on réussit à passer une petite sonde du n° 4, ce qui donna issue à trois pintes d'une urine fortement alcaline. La tumeur du rectum ne diminua pas du tout. En palpant avec soin l'abdomen, on découvrit deux petites tumeurs dans la direction de l'arc du colon; on supposa d'abord que c'étaient des scybales, mais les lavements ne purent parvenir à les faire disparaître. Ce malade succomba quelques jours après, dans un épuisement graduel.

Autopsie. — Le péritoine, dans le voisinage de la vessie, était noir et ramolli; le tissu cellulaire, au niveau du col de cet organe, était mou et épaissi, ainsi que celui qui tapisse les muscles psoas et iliaques; ces derniers muscles étaient décolorés et amincis; la vessie était fortement épaissie, et au niveau de la prostate, il y avait une tumeur plus grosse que la tête d'un fœtus à terme, qui n'était autre qu'un kyste hydatique. Ce kyste était tellement rempli d'hydatides comprimées les unes sur les autres, que la coupe en paraissait uniforme. La substance de la prostate était perdue au sein de ce kyste. L'urèthre était sain dans tout son trajet, et tellement comprimé dans sa portion prostatique, que le cathéter l'avait labouré dans tous les sens. Les deux tumeurs qu'on avait senties pendant la vie, près de l'arc du colon, étaient comprises dans l'épaisseur de l'épiploon, et toutes deux renfermaient des hydatides dans un kyste épais et résistant.

Obs. II. — Un laboureur âgé de 58 ans, atteint depuis quelque temps de difficulté d'uriner, entra à l'hôpital de Londres, le 7 septembre 1840, avec une rétention complète d'urine, qui datait de la nuit précédente. En examinant par le rectum, on reconnut une hypertrophie de la prostate; on introduisit un ca-

théter volumineux dans la vessie. Cependant le malade continua à se plaindre d'une douleur vive au périnée, que les sangsues et les bains ne soulagèrent pas. Bientôt l'abdomen se ballonna et devint sensible à la pression, et les forces commencèrent à diminuer. Le 22 septembre, le malade rendait son urine involontairement ; en examinant de nouveau par le rectum, on sentit, du côté de la vessie, une tumeur qui donnait au doigt une sensation peu distincte de fluctuation : supposant que la vessie était remplie de sang coagulé, on y introduisit un large cathéter, par lequel on injecta 6 onces d'eau tiède, dont une partie seulement s'écoula après la sortie du cathéter. La douleur et l'affaiblissement allèrent toujours en augmentant jusqu'au 28 septembre, que ce malheureux succomba. A l'*autopsie*, on découvrit une petite hernie de la ligne blanche, qui n'était nullement étranglée ; le péritoine était fortement enflammé, surtout dans la région hypogastrique ; la vessie vide et contractée était refoulée jusqu'au-dessus du pubis. Entre la vessie et le rectum, il y avait un kyste hydatique du volume d'un œuf d'autruche, et qui remplissait presque entièrement le bassin. Le rectum était fortement rétréci dans une étendue de 2 pouces ; ses parois fortement épaissies renfermaient dans leur épaisseur un kyste hydatique du volume d'une grosse noix, qui n'avait aucun rapport avec le kyste prostatique. La surface interne de la vessie était fortement rugueuse, et sa membrane muqueuse d'un rouge foncé. L'urèthre était refoulé en haut et déchiré à 1 pouce de son extrémité vésicale ; là se trouvait un long sinus, qui s'étendait en partie dans l'épaisseur de la vessie, en partie entre la vessie et le gros kyste hydatique, pour s'ouvrir dans le péritoine. Le tissu cellulaire du bassin était infiltré de pus, les ganglions lombaires et iliaques dans un état de suppuration commençante. Il y avait un troisième kyste hydatique dans le lobe droit du foie ; ce kyste, qui refoulait en haut le diaphragme et se trouvait en rapport en bas avec le rein droit et le pancréas, contenait trois pintes d'un liquide jaune foncé, et deux grosses hydatides, dont une du volume d'une orange ; un quatrième kyste hydatique d'un petit volume adhérait au pancréas et au duodénum.

Le premier fait est bien un kyste de la prostate ; mais dans le second, le kyste, que l'auteur rapporte au même organe, nous semble appartenir seulement au petit bassin.

---

37. *Nouvelle méthode de la paracentèse du thorax.*

(Annali univ. di Medicina.)

M. le professeur Schuh, de Vienne, a imaginé un procédé par-

ticulier de paracentèse du thorax qui peut, suivent lui, être pratiquée dans quatre circonstances particulières : 1° dans les épanchements pleurétiques diffus ; 2° dans les épanchements pleurétiques circonscrits ; 3° dans l'hydro-thorax ; 4° dans le pneumo-thorax.

Le procédé de M. Schuh, qui se rapproche, jusqu'à un certain point, du procédé de M. Reybard, est destiné à empêcher la pénétration de l'air dans la poitrine, tout en permettant de retirer la plus grande partie du liquide qui y est épanché. Les instruments dont se sert M. Schuh consistent : 1° en un trocart d'une forme particulière; 2° en une espèce de petite auge, destinée à faire suite à la canule du trocart, 3° en une petite seringue, d'une forme particulière ; et 4° enfin en une bougie de gomme élastique, qui s'adapte exactement à la canule. Le trocart est pourvu d'une canule de la même longueur, à peu près, que celle qui sert à l'opération de l'hydrocèle, seulement un peu plus large, de même dimension dans toute sa longueur, et offrant près de son extrémité antérieure deux petits trous ovales, par lesquels le liquide peut s'écouler, si par hasard l'ouverture vient à s'engorger. Près de son ouverture postérieure, la canule présente supérieurement un robinet, qui se ferme et s'ouvre avec une grande facilité ; et à sa partie inférieure, presque au niveau de ce robinet, se trouve une petite plaque métallique, longue de quatre à cinq pouces, et recouverte d'un morceau de bois découpé, faisant office de manche. La petite auge fait suite à l'extrémité postérieure de la canule, au moyen d'un petit cylindre, qui pénètre dans l'intérieur de celle-ci. Elle présente, sur un de ses côtés, une ouverture de sortie, et se prolonge sous forme d'un cylindre d'un demi pouce de long. Cette ouverture est plus élevée que l'ouverture de la canule, de sorte que le liquide qui remplit la cavité de l'auge couvre constamment l'ouverture de sortie et empêche l'introduction de l'air. Pour éviter que, dans un violent accès de toux, l'air ne pénètre par l'ouverture de la canule, à cette ouverture est adaptée une valvule en gomme élastique, qui s'ouvre de dedans en dehors et qui est maintenue par une petite plaque articulée. L'ouverture de sortie de la petite auge doit être plus large que l'ouverture d'entrée, pour éviter que le liquide ne passe par-dessus les bords. La petite seringue doit s'adapter sur l'extrémité de la canule et présenter à deux ou deux pouces et demi de son extrémité une ouverture latérale avec un robinet. Quant à la canule de gomme élastique, elle doit s'adapter parfaitement à l'ouverture de la canule. Ces deux derniers instruments servent à déboucher la canule, quand par hasard elle est

engorgée. Le trocart est plongé dans la poitrine, comme dans l'opération ordinaire de l'empyème. Avant de retirer la tige perforante, on ferme le robinet, puis on adapte la petite auge à la canule et l'on ouvre le robinet. Le liquide coule d'abord par un jet continu et presque uniforme; puis le jet s'interrompt de temps en temps pour couler surtout pendant l'expiration. La quantité de liquide à retirer est déterminée par la distension du thorax, le déplacement des organes, la durée de la maladie, la liberté plus ou moins grande des poumons, et enfin le résultat que l'on cherche à obtenir. Lorsque l'on cherche la guérison radicale, et qu'il s'agit d'un épanchement de formation récente, le professeur Schuh laisse sortir autant de liquide que la nature le comporte, et jusqu'à ce que le malade éprouve une sensation de pression désagréable à la poitrine. Il accorde également une grande valeur aux résultats de la percussion : ainsi, lorsqu'on obtient un son clair dans les points où il existait auparavant de la matité, celui-ci est un signe que le poumon a commencé à se laisser distendre par l'air, et qu'il ne faut pas pousser plus loin l'évacuation du liquide. Si, au contraire, l'épanchement est ancien, si le liquide est trouble et fétide, s'il contient des gaz, si le poumon du côté opposé n'est pas sain, le professeur conseille d'enlever peu de liquide à la fois. Pendant les accès de toux qui surviennent durant l'opération, il convient ou d'extraire la canule, ou de cesser l'extraction du liquide, afin d'éviter que l'air ne pénètre sur les côtés de la canule. La canule doit être retirée avec le robinet fermé ; la petite ouverture est lavée avec soin, et couverte immédiatement d'un petit carré de diachylon.

Le traitement adopté après l'opération est très-simple : le malade doit garder le repos le plus absolu, le silence le plus complet, la diète la plus rigoureuse, pendant plusieurs jours. Il faut savoir que, même dans les cas où l'on obtient une guérison radicale, on voit, dans les premiers jours qui suivent l'opération, l'épanchement augmenter, puis reprendre une marche rétrograde. L'augmentation rapide de l'épanchement annonce une terminaison fatale ; les ponctions successives sont rarement suivies de succès dans ce cas. Si l'épanchement est purulent, auquel cas on n'eût pas dû pratiquer la ponction, la conduite à tenir est différente : l'ouverture extérieure doit être laissée libre, afin de pouvoir pratiquer dans la poitrine des injections émollientes et détersives.

---

38. *Cas de hernie inguinale étranglée, réduite par la méthode de M. Buchann* ; par M. MACKIE.

(The medical Times.)

Le fait suivant contient la plus claire description et la meilleure preuve en faveur de ce procédé, aussi rationnel que simple.

OBS. — Un jeune homme de 17 ans, jusque-là bien portant, sentit un vendredi, à la suite d'un effort, quelque chose glisser au bas de son ventre. Visité le dimanche matin, il offrit une tumeur du volume d'un œuf dont la situation et les caractères indiquaient une hernie inguinale oblique étranglée. Il n'avait pu marcher depuis son accident et était demeuré constipé. Un lavement et les autres moyens usités en pareil cas ne purent réussir à opérer la réduction par le taxis.

M. Mackie plaça alors le patient sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, et les muscles du ventre dans le plus grand relâchement possible. Il lui commanda alors de vider ses poumons de l'air qu'ils contenaient, et quand l'expiration eut été poussée à ses dernières limites, un aide placé là à dessein lui ferma le nez et la bouche pour empêcher l'introduction de l'air. Aussitôt le chirurgien exerça sur la tumeur une douce pression dans la direction voulue, et il eut la satisfaction de sentir les viscères rentrer, comme tirés en haut, dans leur position normale.

---

39. *Anomalies du ganglion ciliaire*; par M. HALLETT.

(The Medical Times.)

Aucun renseignement n'a pu être découvert sur l'état fonctionnel des yeux chez les deux sujets porteurs de cette anomalie. Mais, malgré cette regrettable lacune, la description n'en doit pas moins être soigneusement consignée, dans la prévision que de nouvelles observations, plus complètes sous ce rapport, pourront un jour donner à celles-ci une valeur inattendue.

Sur deux cadavres livrés aux dissections, M. Hallett a trouvé l'anomalie suivante. Le ganglion ciliaire ou ophthalmique manquait des deux côtés ; mais les nerfs qui le forment s'unissaient entre eux de manière à le suppléer. La branche nasale de l'ophthalmique, en entrant dans l'orbite, donnait trois rameaux ciliaires volumineux qui, marchant parallèlement et en dehors du nerf optique, allaient ensuite percer la sclérotique. Au moment où la branche nasale était sur le point de croiser le nerf optique, elle fournissait un filament considérable qui, situé sous ce dernier, entre lui et le muscle droit inférieur, gagnait le côté interne de l'orbite. Immédiatement au côté interne du nerf op-

tique, ce filament s'unissait avec un autre provenant du moteur oculaire et un du grand sympathique. Celui du moteur oculaire se détachait, comme à l'ordinaire, de la division destinée au muscle oblique inférieur; et celui du grand sympathique fut suivi le long de la quatrième paire, de laquelle, au premier coup d'œil, il paraissait provenir, jusqu'au plexus carotidien. Le filament de la branche nasale et celui du moteur oculaire étaient si intimement confondus et évidemment continus l'un avec l'autre, qu'il eût été tout à fait impossible de tirer entre eux une ligne de démarcation. Ils formaient une arcade à concavité postérieure. Le filament du plexus carotidien s'unissait à la concavité de l'arcade et marquait probablement par le lien de sa jonction le point où aurait dû exister le ganglion. De la convexité de l'arcade partaient plusieurs rameaux ciliaires qui allaient ensuite percer la sclérotique en dedans du nerf optique; le plus externe étant uni à un venant de la branche nasale. On ne pouvait apercevoir au point d'union des trois nerfs, non plus que sur aucune partie de leur trajet, ni intumescence, ni matière nerveuse vésiculaire ganglionnaire. Leur mode de jonction ressemblait exactement à l'anastomose du *ramus descendens noni* à la région cervicale, la seule différence entre les deux cas étant, dans celui-ci, la présence d'un rameau du système sympathique.

Nous avons dit que la même anomalie existait chez deux sujets. Dans le second, le nerf nasal passant au-dessus du nerf optique, il en résultait seulement une arcade plus grande, dont la concavité embrassait ce dernier nerf.

— Cette description ne semble-t-elle pas fournir la preuve anatomique la plus frappante qu'on pût désirer de l'analogie de structure et de l'identité d'attributions qui existe entre les ganglions et les anastomoses ?

MÉLANGES.

40. *Nouvelle formule d'une mixture odontalgique.*

(Journal de Chimie médicale, avril 1848.)

Cette propriété de l'ammoniaque, d'être un excellent odontalgique, est peu connue, et nous engage à signaler la formule suivante, que vient de publier M. Pieste :

Ammoniaque liquide du commerce. . .	20 grammes.
Teinture de girofle.	10

On imbibe un peu de coton de ce liquide, qu'on introduit dans

la cavité de la dent cariée; il détermine la cautérisation du nerf sensible, et la douleur disparaît comme par enchantement. Dans cette mixture, c'est l'ammoniaque qui produit l'effet curatif; on peut donc se dispenser d'ajouter la teinture de girofle, si on ne l'a point sous la main.

---

41. *Note sur les dentifrices;* par M. Mialhe.

(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1848.)

On considère les dentifrices, comme des préparations uniquement destinées à nettoyer les dents; aussi les range-t-on le plus souvent dans la classe des cosmétiques. Mais c'est là une erreur grave : les dentifrices ne bornent pas là leur action; ils sont appelés à entretenir l'intégrité physiologique de l'appareil dentaire tout entier, et concourent, par conséquent, à rendre aussi parfait que possible l'acte si important de la mastication; à ce titre ils méritent d'être mis au rang des médicaments les plus utiles; bien plus, leur composition chimique et leur mode d'emploi devraient être pour les praticiens l'objet d'une active surveillance.

Pour démontrer la justesse des réflexions qui précèdent, nous ferons remarquer qu'il est incontestable que, par un usage sagement raisonné des préparations odontalgiques, on peut annihiler deux des principales causes de la chute prématurée des dents.

Ces causes sont : 1° le dépôt de tartre; 2° le gonflement des gencives; 3° l'acidité quotidienne de la salive. — L'accumulation du tartre, comme cause d'altération de l'appareil dentaire, et reconnue par tout le monde; le gonflement de la pulpe gingivale n'a été bien apprécié que par M. le docteur Toirac, qui a savamment démontré que les gencives, en se tuméfiant, finissent par chasser les dents de leurs alvéoles. Enfin l'action destructive des acides salivaires est des plus manifeste dans tous les cas où la salive acquiert des propriétés acides et notamment dans la diabète. Or, l'expérience démontre que presque toujours on évite l'accumulation des matières insolubles de la salive, c'est-à-dire du tartre sur les dents, en faisant *journellement* usage d'une poudre dentifrice, composée de substances assez résistantes pour pouvoir exercer sur les dents un frottement convenable, sans offrir cependant assez de dureté pour en altérer l'émail. L'expérience apprend en outre que le plus souvent on fait promptement cesser la flaccidité du tissu alvéolaire, en associant à cette poudre une substance convenablement tonique, ou pour mieux dire, convenablement astringente.

Un mélange de poudre de charbon de bois et de poudre de quinquina remplit assez bien cette double indication; aussi est-

ce là le dentifrice que la plupart des praticiens prescrivent à leurs clients quand ceux-ci daignent les consulter à cet égard, ce qui n'arrive pas toujours.

Cependant le charbon et le quinquina offrent quelques légers inconvénients : le charbon est trop dur, il est d'une couleur désagréable ; enfin il est d'une insolubilité absolue dans les liquides salivaires, ce qui lui permet de se loger dans les espaces interdentaires et d'y constituer de véritables petits foyers d'infection par suite de la décomposition spontanée des matières alimentaires dont il s'imprègne. Et le quinquina à son tour présente toujours quelques parties fibreuses qui s'implantent dans les gencives et les irritent ; de plus, à côté de sa vertu astringente que l'on recherche, il offre le désagrément d'être doué d'une amertume assez marquée sans nul avantage odontalgique ; car c'est à tort que quelques personnes ont proposé l'emploi thérapeutique de certains dentifrices à base de quinine, cet alcaloïde organique n'ayant, à cet égard, aucune propriété spéciale.

Tels sont les motifs qui nous ont conduit à publier, il y a quelques années, la formule de la poudre dentifrice que nous allons reproduire ici.

Poudre dentifrice au tannin.

Sucre de lait.	1,000	grammes.
Laque carminée.	10	—
Tannin pur.	15	—
Essence de menthe.	20	gouttes.
— d'anis.	20	—
— de fleurs d'oranger.	10	—

Broyez la laque avec le tannin, ajoutez peu à peu le sucre de lait pulvérisé et passé à un tamis de soie à mailles un peu larges, et puis enfin les huiles essentielles.

Cette poudre dentifrice offre, selon nous, tous les avantages du quinquina et du charbon réunis, sans en avoir aucun des inconvénients, ainsi qu'une longue expérience nous l'a péremptoirement démontré.

L'emploi *quotidien* de ce dentifrice suffit, en effet, presque toujours pour empêcher l'accumulation du tartre sur l'émail dentaire, et pour entretenir la pulpe gingivale dans un état de tonicité convenable. Il est cependant quelques personnes chez lesquelles le relâchement des gencives est tellement prononcé, que cette poudre est impuissante à produire le résultat thérapeutique désiré ; mais on l'atteint presque toujours en faisant en outre usage de la préparation éminemment astringente dont voici la formule :

Elixir dentifrice astringent.

Alcool à 33 degrés.	1,000	grammes.
Kino vrai.	100	—
Racines de ratanhia.	100	—
Teinture de Tolu.	2	—
— de benjoin.	2	—
Essence de menthe..	2	—
— de cannelle de Ceylan. . . .	2	—
— d'anis.	1	—

Faites macérer l'espace d'une huitaine de jours le kino et le ratanhia dans l'alcool, filtrez, ajoutez les deux teintures balsamiques et les essences.

Cette préparation odontalgique doit être employée en gargarisme immédiatement après la poudre, à la dose d'une petite cuillerée à café, étendue dans trois à quatre cuillerées d'eau tiède.

En résumé, à l'aide des deux préparations qui précèdent, il est possible de parer à deux des principales sources d'altération des dents, l'accumulation du tartre et le ramollissement des gencives. Quant à la troisième cause de destruction de ces précieux ostéides, l'acidité du fluide salivaire, c'est à tort que quelques médecins croient y remédier en ajoutant aux dentifrices qu'ils prescrivent quelque substance alcaline, attendu que l'effet neutralisant de ces préparations étant momentané, et la sécrétion salivaire acide étant incessante, il en résulte que ces préparations manquent presque complétement le but qu'elles sont appelées à atteindre. Toutes les fois, en effet, que la salive revêt le caractère acide, l'emploi des gargarismes est évidemment illusoire. Il faut recourir, dans ce cas, non à des préparations neutralisantes locales, mais bien à une médication alcaline générale, seule propre à redonner aux humeurs de l'économie animale en général, et à celles de la bouche en particulier, l'alcalinité qui les caractérise dans l'état physiologique.

42. *De la fluxion de poitrine typhoïde, et de son traitement spécial par les révulsifs, pour servir à l'histoire des maladies épidémiques du midi de la France* ; par le docteur Mourgue.

(Suite et fin : *voir* t. IV, avril 1848, p. 280.)

(Journal de Médecine de Bordeaux, avril 1848.)

Fluxion de poitrine typhoïde ; crachats spumeux, râle muqueux, pas de matité ni de piqûre. — Révulsifs employés trop tard et sans succès. — Mort par extinction des forces.

Obs. IV. — Ducros, cinquante-cinq ans, réglée, éprouva, le 1er janvier 1845, des frissons, de la toux avec légère piqûre à

droite, etc. Le 5 au soir elle était à l'agonie. Agitation, insomnie; pouls faible, peu fréquent ; chaleur au-dessous de l'état normal. La poitrine résonne bien partout, point de piqûre ; râle muqueux à distance, très-fort ; crachats *spumeux* caractéristiques. — Sinapismes aux bras, aux cuisses ; vésicatoires ; potion expectorante, bouillon de viande. Cette femme était très maigre et avait eu, peu auparavant, ses règles abondantes. Ces remèdes n'eurent pas le temps d'agir; elle mourut vers la fin de la nuit par extinction des forces.

Fluxion de poitrine typhoïde. — Mort par asphyxie.

Obs. V. — Verdier, environ soixante-cinq ans, forte constitution, sujette aux catarrhes, prit froid le 27 mai 1847 et s'enhuma. On m'assure qu'il n'y a eu ni piqûre ni crachats sanglants. L'expectoration a toujours été difficile, et elle était nulle quand je vis la malade, le 2 juin. Elle était dans l'état suivant : abattement extrême, coloration livide de la peau ; râle muqueux à distance, expectoration impossible, pas de matité à la poitrine, pouls peu fréquent, chaleur douce, léger délire. — Urtication sur les membres inférieurs et supérieurs, sinapismes multipliés, vésicatoires ; bouillon de viande, vin, café, potion expectorante et stimulante, tout fut inutile, elle mourut le soir dans une espèce d'asphyxie.

Voilà plusieurs exemples de la maladie dans sa forme grave. On voit que c'est de l'élément fluxionnaire qu'elle tire sa physionomie, son caractère propre, et que c'est par les révulsifs énergiques, le traitement antifluxionnaire, en un mot, qu'il faut la combattre. Il est probable que son insuccès, ici, tient à ce qu'il a été appliqué trop tard, les malades étant à l'agonie. Les faits nombreux établissent son importance en temps opportun ; en voici les preuves.

Pneumonie typhoïde s'aggravant par la méthode antiphlogistique et guérie par les révulsifs.

Obs. VI. — Ven... , vingt ans, faible constitution, atteint d'une irritation nerveuse de l'estomac, était enrhumé quand il éprouva des frissons le 10 novembre. La lendemain, crachats sanglants, douleur pleurétique.

Le 13. Fièvre modérée, pouls peu fréquent, moiteur de la peau ; langue sale, humide; constipation, pas de râle dans la poitrine qui résonne bien partout; crachats épais, sanglants. — *Diète, tisanes adoucissantes, une saignée de 9 onces à gauche.*

Le 15. Il est plus malade, il a de la peine à cracher, oppres-

sion plus grande ; a déliré la nuit ; stupeur, fièvre modérée ; les crachats, toujours sanglants, sont devenus *diffluents*. — *Tisane de bourrache, sinapismes.*

Le 16. La sueur est survenue ; il va mieux ; crachats moins sanglants, plus épais, sortant avec peine. — *Sinapismes répétés.*

Le 17. Il a beaucoup sué et se sent bien mieux, a dormi ; moins d'oppression. *Mêmes moyens.*

Le 18, la sueur persiste, les crachats sont blancs ; pouls calme.

Le 22. Le malade va du corps ; il mange. — Le 28, guérison complète.

La saignée, pratiquée au début d'une pneumonie légère, n'a pas été avantageuse ; les crachats devinrent diffluents, l'expectoration fut plus difficile, etc. Les révulsifs mis alors en usage amenèrent une transpiration abondante qui jugea la maladie. Ce résultat est encore plus saillant dans les observations qui suivent.

Fluxion de poitrine typhoïde sous forme atonique. — Insuffisance des antiphlogistiques et succès des révulsifs.—Sueur critique.— Guérison.

Obs. VII.—M. Po..., âgé d'environ soixante ans, d'une forte constitution, à la suite de quelques excès de table eut des frissons, de la toux, une piqûre à droite, crachats sanglants avec symptômes d'indigestion, tels que vomissements, diarrhée, etc.— *Six sangsues sur la douleur, diète, orge.*

Le 1er Avril. Légère amélioration, le point pleurétique a disparu, pas de matité dans la poitrine, pas de râle muqueux, expectoration ténue, rare ; peu de fièvre. — Diète, tisanes pectorales.

Les jours suivants, son état reste stationnaire ; peau sèche, rêvasseries. — *Mêmes moyens.*

Le 6, huitième jour. Cet homme est très-assoupi et délire alors ; éveillé, il répond juste ; figure pâle, calme ; fièvre modérée, peau aride, crachats rares, peu consistants et parfois rouillés. — Sinapismes aux mollets.

Le soir le malade était bien mieux ; une sueur abondante s'était déclarée et avait emporté la fièvre, l'oppression et le délire. Depuis ce moment, le mieux s'est soutenu, la peau est toujours moite, le pouls calme et le sommeil tranquille.

Il est à remarquer que, dans presque tous les cas, une sueur critique a coïncidé avec l'amélioration des symptômes. L'époque à laquelle elle s'est manifestée mérite d'être notée, quoiqu'elle ait

presque toujours été provoquée par les remèdes. C'est ordinairement vers les jours critiques, ce qui prouve qu'à cette époque la nature se livre à une opération bienfaisante qu'il faut seconder. Ceci ne contredit en rien ce que j'ai dit sur l'élément fluxionnaire, qui réclame partout et en tout temps son traitement spécial.

Fluxion de poitrine typhoïde grave, avec matité énorme, piqûre, râle muqueux, crachats sanglants, spumeux, etc., chez un sujet vigoureux, traitée avec succès et exclusivement par la méthode révulsive.

Obs. VIII. — Daumet Soudorgues, âgée d'environ vingt-cinq ans, d'une forte constitution, était atteinte depuis quelques jours d'un catarrhe pulmonaire peu intense avec fièvre modérée, crachats blancs, etc., pour lesquels je lui ordonai la diète, des boissons pectorales, le 4 juin 1846.

Le 7. Je suis mandé en toute hâte auprès de cette jeune fille, qui, sans cause connue, est bien plus malade. Je la trouvai dans l'état suivant : grande oppression, râle muqueux à distance, douleur pleurétiqne au côté droit de la poitrine, matité complète dans toute l'étendue du poumon droit où l'on n'entend pas la respiration vésiculaire ; crachats sanglants diffluents ; pouls à 110, faible ; chaleur centrale, peu élevée ; agitation ; figure cyanurée, éruption des règles. On pratiqua instantanément l'*urtication* sur les membres inférieurs et supérieurs, ce qui opéra un mouvement salutaire dans l'économie, et permit aux autres révulsifs, dont l'action est plus lente, de produire leur effet. Des sinapismes furent promenés sur diverses parties du corps ; trois vésicatoires furent placés à l'intérieur des membres; potion expectorante de polygala, tisane de bourrache.

Le 8. L'amélioration la plus évidente s'est déclarée même depuis hier au soir ; la peau est moite, le pouls plus calme, les crachats sont plus consistants et moins sanglants, la matité diminue ; sueur abondante.

Le 9. Cette fille va de mieux en mieux ; les crachats deviennent blancs ; pas d'opression, etc. Les règles sont peu abondantes. — *Continuation de la tisane, de la potion expectorante ; faire suppurer les vésicatoires ; bouillons maigres.*

Le 12, je perdis de vue cette malade qui allait très-bien. Elle était peu oppressée, sans fièvre ; crachats blancs, matité à droite, peu considérable. Elle mangeait, se levait, les règles ont cessé, les vésicatoires coulent, on entretient celui du bras. Convalescence, aliments doux et nourrissants. Cette jeune personne se remit complétement et se maria quelques mois après.

Cette observation est des plus intéressantes. Une fille dans la force de l'âge, d'une puissante organisation, est atteinte d'une maladie qui offre tous les caractères d'une pneumonie de tout le poumon droit : crachats sanglants, matité énorme, absolue, du côté droit de la poitrine ; absence complète de la respiration, point pleurétique, rien n'y manque. Sans doute on eût saigné et ressaigné cette malade si l'on avait méconnu le caractère de l'affection, et on l'aurait probablement tuée. Un traitement révulsif des plus énergiques la rendit à la santé.

L'urtication m'a rendu, en pareille circonstance, de grands services : c'est un révulsif énergique qu'on a partout sous la main, pendant une bonne partie de l'année, qui agit instantanément et merveilleusement, alors qu'on perdrait un temps précieux pour se procurer d'autres révulsifs, plus lents et moins efficaces. Voici deux faits qui mettront dans toute son évidence la puissance révulsive de l'urtication.

Fièvre cérébrale avec coma ; perte de l'intelligence, etc., dissipée sous l'influence de l'urtication.

Obs. IX. — Mme Duer..., d'une santé délicate, douée d'une grande intelligence et dont le cerveau travaille beaucoup, atteinte de l'asthme, fut prise, sans cause connue, d'une fièvre cérébrale intense, le 18 avril 1846.

Le 19. Cette dame est fort assoupie, se plaint de la tête qui paraît un peu congestionnée ; fièvre modérée. — *Diète, bains de pieds sinapisés, laoements, tisane laxative.*

Le 20. Le coma persiste et est plus profond, la malade dort continuellement et ne peut être éveillée, l'intelligence est obtuse, etc. — Révulsifs sur les extrémités inférieures après avoir placé des sangsues aux tempes.

Le 21. Pas d'amélioration ; coma profond, intelligence abolie, réponses incohérentes ; pas d'injection à la figure, pouls calme, constipation. — Sinapismes promenés sur toutes les parties du corps ; vésicatoires aux cuisses et aux bras ; raser la tête, où l'on applique des linges froids ; lavements purgatifs.

Le soir, la malade ne peut être retirée de son profond sommeil et se trouve privée de l'usage de ses sens. Ne pouvant plus recourir aux sinapismes et aux vésicatoires dont le corps est couvert, et qui d'ailleurs étaient sans effets, je pensai aux *orties*, qui furent promenées sur les extrémités inférieures. Aussitôt la malade s'éveilla, accusa de la douleur et reprit l'usage de ses sens. — *Diète, lavements, calomel.*

Le 22. Depuis l'urtication, la malade n'est pas assoupie, l'intelligence est revenue, le mieux est évident.

Les jours suivants, l'amélioration se maintient et augmente. Pendant la convalescence il survint une irritation gastro-intestinale, une fièvre qui entrava la guérison, laquelle arriva en juin. Il est à remarquer que l'asthme habituel de Mme Duer... fut avantageusement modifié par ces nombreux exutoires.

Fièvre cérébrale avec coma, paralysie, etc. — *Insuffisance des sangsues, des sinapismes, des vésicatoires; efficacité de l'urtication.*

Obs. X. — Je fus appelé à trois lieues de chez moi pour donner des soins au petit Salençon, qui était atteint, depuis trois jours, d'assoupissement avec convulsions. En conséquence, je me pourvus de moutarde, de sangsues, de vésicatoires, et me rendis auprès de cet enfant, qui était plongé dans un coma profond, avec perte d'intelligence; figure injectée, fièvre forte; mouvements convulsifs de temps à autre dans le côté droit; le bras droit est paralysé, privé de mouvement et de sentiment.— *Tisane et lavements laxatifs; sinapismes multipliés à la chute des sangsues, qui furent placées au cou, deux vésicatoires au bras.* — Le soir, peu d'amélioration; on a recours à l'*urtication*, qui ramène le mouvement et la sensibilité dans le bras paralysé. Guérison rapide.

Les faits suivants sont trop curieux pour être passés sous silence, quoiqu'ils ne se rapportent pas directement à mon sujet.

Fièvre hectique périodique. — Guérison par le sulfate de quinine.

Obs. XI. —Génies, âgé de cinquante-huit ans, est malade depuis un mois et demi environ. Il s'exposa au froid, toussa, cracha, du sang; grosse fièvre, etc. Peu à peu le mal perdit de sa violence et passa à l'état chronique. Cet homme paraissait consumé par la fièvre hectique, accompagnée chaque soir de violents redoublements. Je le vis le 18 septembre 1843 dans la matinée : il était alité depuis longtemps et dans un état de marasme complet; figure cadavéreuse; expulsion abondante de crachats purulents, râle muqueux à distance; pas de matité, mais respiration vésiculaire, faible en plusieurs endroits; dyspnée, pouls sans fréquence anormale, chaleur presque naturelle; langue sale, humide; peu de soif et d'appétit. L'état du pouls, la température du corps, les redoublements fébriles du soir caractérisés par des frissons, puis chaleur et sueurs abondantes, éloignèrent tout

soupçon de fièvre hectique, et me portèrent à admettre une fièvre intermittente larvée dont le théâtre était dans les organes pulmonaires. En conséquence, j'ordonnai 7 grains de sulfate de quinine et 1 grain d'ipécacuanha dans la matinée, en trois doses; tisane de bourrache, bouillon de viande, café, vin coupé, etc.

Le 19. L'accès est venu le soir avec beaucoup de force, mais a moins duré.—10 Grains de sulfate de quinine, régime doux et restaurant; lichen.

Le 22. L'accès n'est plus revenu et le malade se remet d'un jour à l'autre; il refuse la quinine, ordonnée par précaution. Régime restaurant. Guérison. Il reprend ses travaux en octobre.

Pleuro-pneumonie suivie d'hydro-thorax purulent. — Antiphlogistiques révulsifs insuffisants; thoracenthèse. Guérison.

Obs. XII.— Soulier, vingt-quatre ans, s'exposa au froid le 10 avril 1846, et fut indisposée. Elle s'alita le 20, atteinte d'une pleuro-pneumonie du côté gauche, accompagnée de point pleurétique au sein gauche, avec toux, céphalalgie, etc. Un médecin fut appelé et lui pratiqua deux saignées, ordonna des sangsues au cou, deux vésicatoires au bras, looch, etc. Sous l'influence des moyens prescrits, la maladie s'amenda et passa à l'état chronique. Le médecin crut à cette guérison apparente, malgré les dénégations de la malade, qui continuait à souffrir du côté gauche et à se plaindre, et il discontinua ses visites. Le mal fit des progrès, et il survint bientôt une tumeur à la partie supérieure et antérieure de la poitrine. Comme cette femme était enceinte d'environ sept mois, on crut qu'elle tenait à un engorgement de la glande mammaire, et on ne s'en inquiéta pas. La malade s'affaiblit d'un jour à l'autre, et avorta le 27 mai. Je fus appelé trois jours après pour lui donner des soins; je la trouvai dans l'état suivant :

Cette femme est horriblement maigre; des eschares existent au sacrum, les membres inférieurs sont infiltrés, forte diarrhée; langue rouge, pointillée; soif; ventre souple, indolent perte modérée, pouls faible à 100, insomnie. La malade se plaint surtout du côté gauche de la poitrine. Au-dessus du sein existe une tumeur molle, fluctuante, sans rougeur à la peau, sans engorgement glandulaire, simulant un abcès par congestion; la poitrine, examinée avec soin, présente une matité générale et complète avec absence de respiration vésiculaire dans tout le côté gauche. D'après ce qui précède, j'eus la conviction que j'avais à traiter

un épanchement séro-purulent, qui de la poitrine se serait fait jour à travers ses minces parois, et se serait ramassé sous la peau. Il fallait donner une issue à ces fluides extravasés avec toutes les précautions convenables pour éviter la pénétration de l'air dans la poitrine, et la résorption purulente. Cette espèce de thoracentèse, dont la nature m'indiquait la nécessité, fut exécutée le lendemain.

Une petite incision fut pratiquée avec un bistouri vers le milieu du sternum, et à une petite distance, à gauche, de cet os. Du pus floconneux, peu lié, sortait abondamment et par un jet soutenu de manière à ce qu'on pût le recevoir dans un vase; ce jet prenait de la force et de l'ampleur pendant les efforts d'expiration. La malade a toujours eu recours à ce moyen, depuis, pour faire sortir le pus dont la quantité rendue a été énorme. On recouvrait la petite plaie d'un peu de sparadrap, à chaque pansement, pour prévenir l'introduction de l'air dans la poitrine. — Tisane de riz, bourrache et chiendent, sirop de gomme, chocolat, bouillon de viande, de riz.

Le 3 juin. La malade, qui se trouvait mieux depuis la ponction, est de nouveau plus souffrante, la petite plaie s'étant cicatrisée. La tumeur du sein reparaît augmentant de volume par l'expiration; on y sent un gargouillement, ce qui fait craindre l'introduction de l'air; la fièvre est plus forte, pouls à 110, chaleur brûlante. On pratique une nouvelle ponction, qui évacue beaucoup de pus et soulage la malade. Cette plaie se fistule et a toujours fourni du pus.

Le 8. Cette femme va de mieux en mieux, la diarrhée à cessé, et l'enflure des jambes diminue ; la fistule fournit toujours beaucoup de pus. — Même régime doux et nourrissant ; tisanes pectorales et diurétiques.

Le 5 juillet. Amélioration considérable. La malade prend des forces, mange et n'est pas oppressée ; la respiration vésiculaire se fait entendre au sommet du poumon gauche, matité ailleurs. Il survient une tumeur molle, fluctuante, de la même nature que la première, située à la partie inférieure et latérale de la poitrine à gauche ; elle fut incisée et fournit du pus pendant quelque temps.

Dans le mois d'août, cette femme allait assez bien, sauf l'écoulement purulent qui avait lieu par les plaies fistuleuses. L'inférieure, sur laquelle on comptait pour le dégorgement complet de la poitrine, se ferme la première ; l'appétit est bon, pas de diarrhée, pouls à 90 ; les forces permettent à la malade de sortir.

Avril 1847. Cette femme, qui reste à Saint-Romain, est venue

ici à pied, à la distance de trois lieues, ce qui prouve qu'elle va assez bien. Elle a pris de l'embonpoint, digère bien, n'a pas de fièvre, pas d'oppression ; néanmoins il y a encore de la matité et absence de la respiration dans la moitié inférieure du poumon gauche. La première fistule fournit aussi du pus. — Je lui conseille un régime sévère, lacté, et l'usage des diurétiques ; des exutoires aux bras et sur la poitrine; en été, l'usage des eaux sulfureuses, etc.

On a lieu d'espérer que cette femme se rétablira complétement.

Le 15. Dans les fluxions de poitrine typhoïde, les lésions anatomiques, quand elles existent, consistant plutôt dans un engorgement que dans une véritable hépatisation du poumon, on s'explique aisément le succès des révulsifs (1). Pour la même raison le tartre stibié à haute dose ne saurait convenir. La débilité considérable qu'il produit parfois pourrait être fatale en supprimant l'expectoration. Ce remède est indiqué dans les pneumonies inflammatoires, alors que la saignée ne peut plus être pratiquée et qu'il existe une hépatisation du poumon avec oppression, fréquence du pouls et sécheresse de la peau. Souvent alors il produit des effets merveilleux en provoquant la sueur et ralentissant la circulation ; mais, je le répète, c'est un moyen héroïque qui doit être manié avec prudence.

On a dû remarquer dans cette maladie trois ordres de lésions fonctionnelles correspondant aux trois grands systèmes organiques spécialement atteints, l'appareil respiratoire en première ligne, ensuite l'appareil intestinal et cérébral. Nous avons fait connaître toutes les nuances de l'affection fixée sur les poumons, la plus importance de toutes. Dans plusieurs cas nous avons signalé la coïncidence des symptômes intestinaux. Les accidents du côté du cerveau n'ont pas été rares ; le délire a accompagné

(1) Je n'ai pas parlé de l'anatomie pathologique de cette affection, parce qu'elle est peu avancée. Il est impossible, hors des hôpitaux, de faire des autopsies. Du reste, il est presque certain que, dans bien des cas où la maladie ne s'accompagnait d'aucune matité, où la respiration vésiculaire était parfaite, on n'aurait pas trouvé dans les lésions anatomiques la raison de son existence. Ce qui prouve que les lésions dynamiques, celles-là mêmes qui échappent au scalpel, sont aussi les plus dangereuses. A côté de ces cas malheureux où la mort s'enveloppe du mystère, se rencontrent des cas nombreux où la vie et la santé même se maintiennent au milieu de profondes lésions organiques. Nous voyons tous les jours des individus atteints d'épanchements considérables dans la poitrine, d'hépatisation du poumon, avec une fièvre modérée, guérir ; tandis que la fièvre hectique, dont l'origine est souvent inconnue, est presque toujours mortelle. C'est un fait d'observation que la facilité avec laquelle les engorgements du poumon se résolvent.

le plus souvent les formes graves de la maladie. En voici un exemple remarquable.

Fluxion de poitrine typhoïde sous forme délirante. — Médication révulsive active. Guérison.

Obs. XIII. — Soutoul, commissionnaire de Saint-Félix, dix-neuf ans, épuisé par l'accroissement, s'exposa au froid et contracta une fluxion de poitrine. Il sua sans éprouver du soulagement. Je le vis le 29 mars 1847, au cinquième jour de sa maladie ; il offrait l'état suivant : piqûre incommode à droite et en bas de la poitrine ; matité et respiration bronchique ; pouls calme, faible ; décoloration des tissus, chaleur modérée ; toux grasse ; crachats sanglants, peu liés ; langue sale. — Sinapismes aux extrémités, potion expectorante, tisane de chicorée, diète.

Le 30. Pas d'amélioration. — Mêmes moyens révulsifs et expectoraux.

Le 31. La sueur est arrivée ; pouls tout à fait calme, peau fraîche, crachats blancs, etc.

Le 3 Avril. Cet homme semblait en convalescence quand il tomba dans un profond assoupissement avec délire et sans cause connue. Il ne connaissait personne, chantait, criait, se levait, et avait toujours les yeux fermés ; le cerveau ne paraissait pas congestionné. Figure pâle, point de fièvre. On considère ce délire comme nerveux, par faiblesse. — Bouillon de viande ; raser la tête ; deux vésicatoires aux cuisses, sinapismes aux mollets ; potion expectorante avec un peu de camphre et de musc. Le lendemain il était bien mieux.

Le 6. Il va bien, se lève, mange ; respiration vésiculaire au siége de l'engorgement pulmonaire. Guérison prompte.

Ce fait confirme encore ce que je disais plus haut sur la facilité avec laquelle la résolution des engorgements du poumon a lieu ; ce qui prouve encore que, dans le traitement de la fluxion de poitrine, il faut prendre en sérieuse considération l'état général, la nature de la fièvre, le degré de vitalité de l'individu, tout en tenant compte des lésions organiques. Comme le soutient l'École de Montpellier, il importe bien plus de connaître la nature que le siége des maladies.

Le délire se rencontre dans des états morbides du cerveau si différents, il accompagne des maladies si dissemblables, que sa thérapeutique en est souvent incertaine. Il importerait beaucoup de savoir quelle est la lésion anatomique du cerveau, laquelle est tantôt une congestion, une inflammation, un état nerveux, ataxique, adynamique, et contre laquelle les révulsifs,

les émissions sanguines, les antispasmodiques, les toniques, etc., peuvent réussir selon les cas. Les médecins devraient avant tout s'attacher à l'étude des éléments morbides : la localisation des maladies viendrait ensuite.

Le délire consiste dans la coexistence de deux ordres de symptômes : les uns dépendant de la suractivité de certaines facultés intellectuelles, telles que la sensation, la perception, la mémoire, l'imagination, et les autres dans l'inaction d'autres facultés du cerveau, la comparaison, le jugement, la raison, en un mot. Les songes, le délire physiologique, tiennent à ce que ces facultés de l'âme travaillent alors que leur souverain régulateur, la raison, sommeille. Voilà pourquoi le délire pendant le sommeil, qui n'est qu'une exagération du rêve, est moins grave que celui de la veille. Le délire interrompu, qui accompagne les crises, les exacerbations fébriles, est moins fâcheux que le délire continu, avec abolition permanente de l'intelligence.

D'après ce qui vient d'être dit, le délire reconnaît tantôt pour cause une altération des parties du cerveau auxquelles le jugement est dévolu, comme dans la démence, certaines apoplexies, ect. Bien plus : souvent il sera lié à la surexcitation intellectuelle dont j'ai parlé. L'irritation du cerveau mérite surtout d'être distinguée des autres états morbides, nerveux, typhoïde. Elle a ordinairement lieu au commencement de la maladie ; avec injection de la face, battement des carotides, etc. Le délire typhoïde, au contraire, se montre à la fin des maladies, et coïncide avec une grande prostration des forces.

Dans les maladies cérébrales, la fièvre est souvent un indice trompeur : au milieu d'un calme apparent se fomente l'orage, plusieurs maladies soporeuses graves se font remarquer par le ralentissement du pouls, sans doute par suite de la compression qu'éprouve, dans certains cas, le nerf pneumo-gastrique, lequel régit le cœur. C'est pour n'avoir pas tenu compte de ces faits que l'histoire de l'hydrocéphale aiguë offre tant de confusion. Certains auteurs soutiennent que c'est une maladie fort rare, d'autres pensent qu'elle est très-commune. Les mêmes dissentiments règnent sur sa gravité. C'est qu'en effet on comprend sous ce nom des maladies très-différentes, l'hydrocéphale aiguë et l'hydrocéphale symptomatique. La première est une maladie essentielle, primitive, du cerveau, propre à l'enfance, liée à un épanchement cérébral, et s'accompagnant ordinairement du ralentissement du pouls. Cette maladie est fort grave et assez rare. La fièvre comateuse, cérébrale, symptomatique d'une irri-

tation fébrile, aiguë, est au contraire très-fréquente, et aussi moins dangereuse.

Le pouls est d'autant plus fréquent qu'on est moins avancé en âge. C'est aussi dans la tendre enfance que la circulation est susceptible d'acquérir la plus grande vitesse possible, sous l'influence d'une cause provocatrice. Les jeunes enfants offrent un pouls très-vite, souvent incalculable, dans toutes leurs maladies aiguës, au début desquelles ils sont pris d'assoupissement. Le coma s'explique suffisamment par l'accélération de la circulation qui congestionne le cerveau et les poumons, ce qui favorise encore la congestion cérébrale.

Si maintenant l'on réfléchit que la plupart des maladies aiguës des enfants ont leur siége dans les intestins, d'où l'irritation se propage aux nerfs qui gouvernent le cœur (les organes étant d'autant plus exposés aux maladies qu'ils fonctionnent davantage, et que leur fonctionnement s'exerce sur des matériaux plus hétérogènes), l'on comprendra, dis-je, que la cause première de l'hydrocéphale est le plus souvent une irritation intestinale qui demande des sangsues, des délayants, des adoucissants, et autres moyens antiphlogistiques et sédatifs, tandis qu'elle ne pourrait qu'être aggravée par le calomel et autres agents irritants et révulsifs qu'on lui oppose avec si peu de discernement.

Revenons à la fluxion de poitrine typhoïde dont cette digression nous avait éloigné. La maladie est de nature si grave qu'elle résiste parfois aux moyens les plus actifs, le mieux appropriés. L'observation suivante en est un exemple.

Fluxion de poitrine typhoïde chez un sujet débile, épuisé.—Insuccès du traitement révulsif.

Obs. XIV. — Fou...., quarante-huit ans, réglée, d'une maigreur révoltante, soigna sa sœur atteinte de la même maladie, et contracta une fluxion de poitrine, du côté gauche, le 6 février 1844. Je la vis le 8 dans l'état suivant : légère piqûre à gauche et en bas, passagère; crachats sanglants, céphalalgie, soif, diarrhée; pouls petit et fréquent, chaleur sèche. — Tisane de manne et bourrache, adoucie avec le sirop de gomme; cataplasme sur le ventre, diète.

Le 10. Elle a sué, mais elle n'est pas soulagée ; la peau reste brûlante, le pouls très-fréquent, 125 ; pas de dyspnée, vingt-cinq inspirations par minute ; râle sous-crépitant au siége de la douleur, qui est nulle à légère matité; crachats jaunâtres ; diarrhée. — Mêmes moyens adoucissants et expectorants.

Le 13. Elle est plus mal, a pris froid. Crachats avec aréole,

quelquefois *spumeux*, jaunâtres; râle muqueux à distance; même état du poumon gauche; pas de diarrhée, pouls toujours fréquent. — Potion expectorante, sinapismes aux mollets, vésicatoires aux cuisses.

Le 14. Alternatives de bien et de mal, expectoration variable sanguinolente, pouls à 135; redoublements fébriles chaque soir; il survient des aphtes dans la bouche; céphalalgie, chaleur peu élevée, soif vive. — Vésicatoire au bras gauche, quelques cuillerées de bouillon, sinapismes aux genoux, gargarisme au borax.

Le 15. Expectoration difficile, râleuse; orthopnée, trente-cinq inspirations, pouls toujours très-vite.—Potion expectorante avec le polygala, etc.

Le 16. Expectoration abondante, mais variable; l'éruption aphteuse fait des progrès malgré l'usage des détersifs, miel rosat, sirop de mûres, borax. Chaleur modérée, mais pouls très-fréquent, ce qui indique une grande faiblesse jointe à l'irritation des centres nerveux. — Bouillon de poule depuis deux jours, le reste *ut suprà*.

Le 17. Cette malade est de plus en plus mal; l'expectoration se supprime, l'oppression augmente, le râle muqueux à distance se prononce; crachats rares, spumeux, ne laissant qu'une tache rousse et empesée sur le linge; soif insatiable, pas de diarrhée, langue humide, chaleur peu élevée, grande faiblesse, tout indique une terminaison fatale; elle arriva dans la nuit.

Dans cette observation, l'extinction graduelle des forces a amené la mort. Dans une foule de cas cités, où la guérison a eu lieu, les lésions organiques paraissaient bien plus considérables. La maigreur excessive du sujet, jointe à l'irritation digestive à laquelle participait probablement le nerf pneumo-gastrique, explique suffisamment la suractivité circulatoire et la fièvre qui consumait la malade, tout en paralysant les effets de la médication révulsive, sédative et analeptique, employée avec énergie et persévérance.

La fréquence excessive du pouls est d'un fâcheux augure, comme je l'ai déjà dit, et indique la coexistence de deux éléments morbides contradictoires, la faiblesse et l'irritation. On la rencontre souvent dans les péritonites puerpérales compliquées d'anémie, et dans les phlegmasies du cœur. La principale indication alors est de soutenir les forces sans ajouter à l'irritation, par une médication analeptique convenable.

Le régime alimentaire occupe une place importante dans le traitement de la fluxion de poitrine typhoïde. Dans une maladie essentiellement asthénique, la diète ne doit pas être ni

trop sévère ni trop prolongée ; des aliments convenables doivent être accordés dans tous les cas où la faiblesse est évidente. Les analeptiques sont des toniques par excellence ; ils fournissent au sang ses principes réparateurs et stimulants. Les toniques proprement dits n'agissent qu'indirectement en modifiant l'estomac et favorisant la transformation nutritive des substances qui lui sont confiées. Les aliments sont d'autant plus convenables qu'ils ne sont pas déposés sur les organes malades, et qu'ils sont destinés à prévenir un danger imminent, la suffocation. Ils ont puissamment concouru à la guérison dans une foule de cas graves déjà cités, alors que les crachats sanglants mais diffluents, la piqûre, la fièvre, etc., paraissaient les contre-indiquer. On verra plus loin une observation de fluxion de poitrine typhoïde se modifier et guérir sous l'influence des bouillons nutritifs introduits dans le traitement. La faiblesse, indépendamment de ses caractères généraux , revêt des formes variées , selon les diverses maladies, qu'il importe beaucoup au médecin de connaître. Elle est caractérisée, dans la maladie qui nous occupe, par le râle muqueux, les crachats diffluents, spumeux ; le délire, etc.

On a dit avec raison que la médecine est une science d'observation. Le talent du médecin consiste dans la juste appréciation des forces vitales. La maladie est le fonctionnement anormal de l'organisme plus ou moins lésé. Les maladies sont le plus souvent l'exagération du fonctionnement normal d'un ou de plusieurs appareils organiques. Cette exagération fonctionnelle, cette exubérance vitale, est rarement universelle. Le plus souvent le principe vital ne se concentre sur certains organes que parce qu'il en abandonne d'autres ; de là l'origine des maladies *sthéniques* et *asthéniques*, selon que la vitalité est en excès ou en défaut. Dans les affections *spécifiques*, qui sont infiniment moins nombreuses, la vie est lésée d'une manière spéciale et inconnue ; de là encore, en thérapeutique, la division des méthodes curatives , *contro-stimulante* ou antiphlogistique , *stimulante* ou tonique et perturbatrice, et *spécifique*.

Le rôle du médecin consiste donc, dans la majorité des cas, à bien apprécier l'état des forces vitales, qu'il maintient dans de justes limites; la nature seule guérit.

Dans une maladie essentiellement asthénique, il convient de ne pas trop affaiblir le malade, afin qu'il ait la force de supporter son mal. La faiblesse dénature encore la fièvre et complique la maladie.

Le décubitus doit avoir lieu sur le côté sain, dans le but de prévenir ou de détruire la fluxion hypostatique.

Cette circonstance paraît avoir concouru puissamment à la guérison. Dans le cas suivant la guérison fut hâtée par l'alimentation.

Fluxion de poitrine typhoïde chez un vieillard, améliorée sous l'influence d'une légère alimentation.

Obs. XV. — Mme Val..., quatre-vingt-deux ans, était arrivée au septième jour d'une fluxion de poitrine épidémique, avec symptômes cérébraux, quand cette affection prit le caractère typhoïde, intelligence obscure, assoupissement; crachats, sanglants diffluents; expectoration difficile, pouls calme.—On avait mis des sinapismes, on avait prescrit des boissons expectorantes qui furent rejetées. Bouillon de viande plusieurs fois par jour. A partir de ce moment, les crachats devinrent blancs et consistants, l'expectoration facile, et la guérison a été complète et assez rapide, malgré une complication intestinale qui survint pendant la convalescence, avec une éruption abondante d'aphtes dans la bouche.

Fluxion de poitrine terminée par la mort.

Obs. XVI.—Ser...., cinquante-huit ans, attaqué de l'asthme humide, éprouva des frissons le 18 juin 1847, et contracta une fluxion de poitrine. Douleur pleurétique légère et fugace, crachats rouillés, etc. Il se mit à la diète, sua plusieurs chemises, ce qui ne le soulagea guère, n'ayant pas probablement pris des précautions suffisantes contre le refroidissement; il ne s'était pas alité. Je fus mandé le 25; voici son état : grande faiblesse, pouls à peine fréquent, chaleur presque naturelle; langue belle, humide; ni soif ni appétit; une selle molle par jour; expectoration difficile; crachats blancs, *spumeux*; râle muqueux à distance, pas de matité sur la poitrine, respiration vésiculaire un peu obscure à droite où il n'existe aucune douleur.—Sinapismes sur les extrémités inférieures, deux vésicatoires aux bras, potion expectorante avec le polygala, bouillon de viande, café de pois, tisane au lichen.

Le 26. Il est plus mal; le pouls est plus faible, calme; l'expectoration est nulle; râle muqueux plus fort.—Deux autres vésicatoires aux cuisses, un troisième sur le thorax, camphrés; expectorants les plus énergiques et à haute dose. Mort dans la nuit.

La mort a eu lieu ici par un véritable épuisement du principe vital, comme dans le choléra-morbus. Le rapprochement de ces deux maladies ne sera pas pas sans intérêt.

Choléra-morbus sporadique mortel.

Obs. XVII.—Annibal, d'une bonne constitution, était indis-

posé depuis quelques jours, sans avoir cessé ses travaux champêtres, quand il fut pris, le 20 juin 1847, d'une violente indigestion avec coliques, vomissements et selles abondantes, etc. Je le vis le 21, il était dans la période algide du choléra; refroidissement complet du corps, fonte du tissu cellulaire, ce qui donne à la peau une laxité propre à cette affection; teinte brune de la peau en général; cyanose au scrotum, aux ongles; langue humide; ventre souple, sans inflammation apparente; pouls faible, lent; les souffrances, la diarrhée et les vomissements ont cessé; voix altérée, prostration complète des forces. — Quelques cuillerées de bouillon au riz et à la viande toutes les deux heures; café de pois; tisane de riz édulcorée avec le sirop de coings; potion antispasmodique, astringente et fortement opiacée; urtication sur les membres où l'on fait des frictions toniques et stimulantes; applications chaudes, sinapismes promenés sur toutes les parties du corps.

Le lendemain matin cet homme était à l'agonie, sans pouls, sans connaissance, et glacé comme du marbre. Les membres présentaient des écorchures en témoignage des vigoureux efforts tentés pour y rappeler la vie qui venait de s'éteindre.

Je rapporterai une dernière observation où la fièvre typhoïde et la fluxion de poitrine typhoïde se sont développées successivement, et avec tous leurs caractères propres, sur le même sujet. Nous serons ainsi conduit, par une transition toute naturelle, à dire un mot de la fièvre typhoïde, maladie qui offre de nombreux points de contact avec l'affection qui nous occupe.

Fièvre typhoïde et fluxion de poitrine typhoïde développées successivement sur le même sujet. Guérison.

Obs. XVIII.—Rou..., âgé d'environ vingt-cinq ans, d'une forte constitution, venait de quitter la maison conjugale infectée par la fièvre typhoïde, et où le poursuivaient de cruels souvenirs. Il venait de perdre sa femme; sa belle-mère était à peine convalescente et son beau-père souffrait déjà de ce mal cruel dont il emportait le germe sous le toit de sa mère. L'air pur de la campagne ne l'empêcha pas de se développer. Il tomba malade au commencement d'août 1846. Je le vis le 6 : il se plaignait spécialement de céphalalgie, était faible; inappétence, légère fièvre, catarrhe pulmonaire. — Saignée du bras, sinapismes, lavements, tisane d'orge et mauve; diète.

Un éméto-cathartique prescrit ne fut pas pris. La maladie continua à se développer et parcourut toutes ses périodes, malgré les nombreux remèdes qu'on lui opposa. Elle prit le caractère

adynamique : le malade était assoupi, d'une faiblesse extrême ; fièvre modérée. Des analeptiques proportionnés aux facultés digestives amenèrent une amélioration sensible dans son état. A la fin d'août il entrait presque en convalescence, prenait plusieurs soupes par jour, se levait un peu, quand il contracta une fluxion de poitrine typhoïde, à la suite d'un refroidissement, le 30 août.

Le 31. Le malade se plaint d'une vive douleur au côté droit de la poitrine, où il y a matité, crachats sanglants, diffluents ; râle muqueux, expectoration difficile, fièvre modérée, soif. — Sinapismes, deux vésicatoires, il y en avait eu deux autres auparavant ; tisane et potion expectorante, etc.

Les jours suivants, la peau fut moite, les crachats deviennent blancs et plus consistants ; appétit. Vers le milieu de septembre, la guérison était complète.

Les faits que je proclame sont si extraordinaires, si en opposition avec les idées reçues, que j'ai dû les multiplier pour leur donner de la force et leur enlever tout caractère d'anomalie et d'exceptionnalité. J'ai recueilli dans ce but de nombreuses observations que je ne reproduirai pas ici, et qui établissent incontestablement l'efficacité de la médication révulsive dans la fluxion de poitrine typhoïde.

---

43. *Sur l'apoplexie de la moelle épinière ;* par M. Peddie.

(Gazette médicale de Paris, N° 25 ; 1848.)

L'auteur ayant eu occasion d'observer un cas d'affection de la moelle auquel il donne le nom d'apoplexie spinale, et qui nous paraît rentrer dans la catégorie des apoplexies capillaires de M. Cruveilhier, s'est mis à réunir, à cette occasion, une quinzaine d'observations d'hémorrhagie de la moelle ou de ses membranes, presque toutes empruntées à des auteurs français ; et de l'analyse comparée de ces observations, dont il rapproche dans un tableau les principales circonstances étiologiques, symptomatologiques et anatomiques, il a cru devoir tirer un certain nombre de conclusions, dont voici les principales :

1° L'apoplexie spinale peut se présenter à toutes les périodes de la vie ; mais elle offre son moindre degré de fréquence chez l'enfant et son plus haut degré chez l'adulte.

2° Dans la plus grande partie des cas, elle s'attaque au sexe masculin.

3° Sa terminaison par la mort est en général rapide. La mort est presque immédiate quand l'altération siége dans la moelle ; elle a lieu en peu d'heures ou en peu de jours quand c'est la partie supérieure du cordon rachidien qui est atteinte ; mais la vie

se prolonge quelquefois longtemps quand l'hémorrhagie frappe la partie inférieure de la moelle cervicale ou les autres portions du cordon. L'auteur rapporte trois cas de ce genre, dont deux appartiennent à MM. Cruveilhier et Grisolles, et dont le troisième est précisément celui qu'il a observé lui-même. Dans le premier de ces cas, le malade survécut cinq ans à l'extravasation sanguine; dans le second, un an, et dans le troisième, deux ans et demi.

4° Le siége de l'hémorrhagie est très-variable : il a lieu quelquefois entre les os et les membranes rachidiennes; d'autres fois *dans l'intervalle des membranes* (*between the membranes*); tantôt sous la pie-mère, tantôt dans l'une des substances de la moelle, mais plus spécialement dans la substance grise. On la rencontre rarement dans la portion crânienne du cordon rachidien, circonstance d'autant plus remarquable, que l'hémorrhagie de la protubérance annulaire est relativement fréquente. Elle offre enfin une fréquence à peu près égale dans la portion cervicale et dans la portion dorsale de la moelle ; mais elle est moins commune dans la région lombaire.

5° L'hémorrhagie s'annonce ordinairement, mais non toujours, par une douleur subite, ou du moins (si elle a précédé la lésion) subitement accrue, dans la région correspondante au siége de l'extravasation. Cette douleur n'est pas accompagnée d'accélération du pouls. Elle est suivie d'une paraplégie subite, quelquefois avec convulsion; et quand la mort n'arrive pas promptement, on voit survenir des contractions spasmodiques et tous les autres symptômes propres au ramollissement inflammatoire de la moelle.

6° La douleur n'occupe qu'un point de l'épine quand l'hémorrhagie est peu étendue; mais, dans le cas contraire, elle peut se prolonger tout le long de la colonne. Elle est très-aiguë quand le sang est épanché en dehors du cordon rachidien et *irrite par pression* les membranes enveloppantes. Elle disparaît quand la moelle est tout à fait comprimée et que ses fonctions sont anéanties, comme aussi on ne l'observe pas dans les cas où le sang s'épanche graduellement dans la substance grise sans lacérer les filaments nerveux ni distendre les membranes.

7° La paralysie peut n'occuper qu'un côté du corps; c'est ce qui a lieu quand l'extravasation est très-circonscrite et siége dans une des moitiés latérales de la moelle. Alors la paralysie est, suivant l'expression consacrée, *directe*, c'est-à-dire qu'elle siége du même côté que la lésion anatomique. La paralysie porte davantage sur le mouvement ou sur le sentiment, suivant que la lésion

est plus prononcée dans la partie antérieure ou dans la partie postérieure de la moelle.

8° Les contractions spasmodiques des muscles et la rigidité tétanique sont consécutives à la formation de l'hémorrhagie ; elles doivent être regardées comme des signes d'un ramollissement inflammatoire plus ou moins prononcé du cordon rachidien.

Les hémorrhagies soit de la moelle, soit de ses membranes, sont assez rares pour qu'on n'ait pu encore fonder leur histoire sur des données suffisamment nombreuses et précises. La collection d'observations qui a servi de base au travail de M. Peddie a le tort d'être un peu hétérogène, puisqu'elle comprend des hémorrhagies de la substance médullaire elle-même, des hémorrhagies sous-arachnoïdiennes, des hémorrhagies arachnoïdiennes proprement dites (s'il en existe des exemples avérés) et des hémorrhagies situées *entre les vertèbres et les membranes*. Il est manifeste que les variations observées entre les différents faits, sous le rapport de la durée de la maladie, de la terminaison, du plus ou moins d'étendue de la paralysie, etc., sont en partie subordonnées à ces différences dans le siége de la lésion. En sorte que chacune des particularités signalées par l'auteur n'est vraie que pour un petit nombre de cas, pour une, deux ou, au plus, trois observations plus ou moins analogues quant au siége ou à l'étendue de l'extravasation, et ne s'applique pas aux autres. C'est donc, à peu près, laisser la science au point où elle était.

Nous ferons remarquer, à cette occasion, combien il est difficile d'admettre dans la catégorie des apoplexies spinales les extravasations qui sont notées comme siégeant *entre les os et les membranes rachidiennes* (*between the bones and the membranes*), c'est-à-dire sans doute entre les vertèbres et la dure-mère. Ordinairement c'est entre cette dernière membrane et le feuillet arachnoïdien que siégent les hémorrhagies spinales qui n'ont lieu ni dans le tissu de la moelle, ni dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Si véritablement le sang touchait la surface des vertèbres, n'y avait-il pas quelques affections de ces os ayant donné lieu à une extravasation sanguine ; et dans ce cas serait-il convenable de ranger une telle extravasation dans la même catégorie que les véritables apoplexies de la moelle et des méninges rachidiennes ?

A ne considérer l'hémorrhagie que dans le tissu médullaire lui-même, nous éprouverions quelques scrupules à admettre la proposition de M. Peddie, relative aux contractions spasmodiques des membres et à la roideur tétanique. Il ne nous est pas démontré que ce soient toujours là des phénomènes *consécutifs* et

liés à un ramollissement inflammatoire déjà commencé de la moelle.

---

44. *Note sur le pansement des vésicatoires;* par M. MACLAGAN.

(Gazette médicale de Paris, N° 25; 1848.)

Voici un moyen bien simple de panser les vésicatoires, que l'auteur recommande comme l'ayant trouvé d'un emploi très-commode dans sa pratique. Ce moyen consiste à substituer, ainsi qu'on le fait dans les brûlures, pour topique, du coton cardé sec aux linges graissés. Quand il fait mettre un vésicatoire, il conseille de l'enlever au bout du laps de temps ordinaire et de recouvrir la partie avec un cataplasme chaud de pain et de lait. L'effet de ce cataplasme est de rendre la vésication plus complète et en même temps de diminuer la sensibilité de la portion de peau sur laquelle elle a porté.

Lorsqu'on a ôté le cataplasme, si la bulle ne s'est pas rompue spontanément, on la coupe de manière à évacuer la sérosité, et l'on y applique alors une couche d'ouate de coton, la surface lanugineuse du tissu tournée du côté de la peau. Si en quelques heures le coton est mouillé par la sérosité qui continue à s'exhaler, on en enlève une quantité assez considérable pour ne pas endommager la surface cutanée, et on remplace ensuite la couche extérieure par du nouveau coton. Voilà tout le pansement nécessaire. Le coton s'attache à la peau dénudée, et quand l'épiderme s'est renouvelé (ce qui a lieu très-promptement) l'ancien épiderme et le coton qui y adhérait finissent par tomber ensemble.

Les avantages que présente ce mode de pansement sont d'abord de rendre l'application du vésicatoire moins douloureuse. En second lieu, le coton est d'un usage infiniment plus propre que les onguents ou pommades, différence appréciée surtout par les malades d'une certaine classe. Enfin les pressions accidentelles ou même les chocs imprimés à la surface dénudée sont alors beaucoup moins sensibles, vu la protection que lui fournit la couche de coton. L'auteur raconte qu'il a pu ainsi percuter et ausculter librement les points de la poitrine sur lesquels avaient été placés des vésicatoires.

Si, au lieu d'un vésicatoire volant, on veut un exutoire plus durable, il suffit de tailler l'emplâtre un peu plus large que la surface qu'on désire maintenir en suppuration. Après qu'il a donné l'espace de temps voulu, on applique le cataplasme. Alors on détache avec les ciseaux l'épiderme devenu lâche, et la vésication se trouve ainsi renouvelée.

— Malgré la simplicité apparente de ces dernières prescriptions, l'entretien un peu prolongé d'un vésicatoire nous paraît devoir être le côté défectueux de ce mode de pansement, du reste aussi simple que commode lorsqu'il ne s'agit que de produire un effet énergique, mais passager. Or ce défaut ne serait point, tant s'en faut, à nos yeux, une raison pour le rejeter, puisque la médecine tend aujourd'hui bien plutôt à demander aux vésicatoires l'action immédiate et momentanée, comme dans les pleuro-pneumonies, les névralgies, les bubons, l'érysipèle, qu'à en faire, comme autrefois, de prétendus émonctoires, fluant durant de longues semaines ou des mois entiers.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 189e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME V. — MAI 1848.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Fracture oblique du fémur. — Emploi de la gutta percha. — Clinique chirurgicale. — Professeur, M. *A. Uytterhoeven.* 1
Chloroforme. 2
Abcès à la jambe. 4
Application du forceps-scie. — Observation recueillie par M. *H. Schoenfeld*, élève interne. — Clinique de la Maternité. — Professeur M. *Van Heuvel.* 9
Effet du chloroforme chez un aliéné. 10
De la gangrène de tout le fourreau de la verge. — Hôpital civil de Liége. — M. *De Lavacherie.* 11
Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séance du 1er avril 1848. 17
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de mars 1848. 66
De la goutte militaire et de son traitement; par le docteur *Ch. Phillips.* 67
Mélanges. — Hôpitaux militaire de Belgique. — Élèves-médecins. 72

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. Hémoptysie intermittente; par M. *Henri Gintrac.* 1
2. Colique végétale observée à Paris; par M. *Valleix.* 4
3. Mémoire et observations sur l'acrodynie sporadique; par M. *Raimbert.* 18
4. Note sur un cas de polydipsie traitée par le calomel et la salivation; par le docteur *L. Fleury.* 24
5. Recherches sur les affections inflammatoires de la membrane du tympan et de l'oreille moyenne; par le docteur *W. R. Wilde.* 31
6. Observation de pustule maligne multiple (sept pustules malignes sur le même avant-bras); insuffisance de la cautérisation seule; guérison au moyen de la cautérisation aidée des vésicatoires appliqués localement; par le docteur *Bourguet.* 40
7. Méningite cérébro-spinale. — Invasion dans la garnison d'Orléans pendant l'hiver 1847-1848. — Résumé des observations; par M. *Eus. Corbin.* 44
8. Note sur le choléra-morbus observé à Constantinople en 1847 et 1848; par M. *Monneret.* 62
9. De la fièvre nerveuse; par M. le docteur *Sandras.* 66
10. De la névralgie générale, affection qui simule des maladies graves des centres nerveux, et de son traitement; par M. *Valleix.* (*Suite.*) 75
28. Observation d'occlusion prématurée du trou ovale avec maladie de la valvule mitrale, et persistance du canal artériel; par le docteur *E. Benezerd Smith.* 237
29. Observation de vice de conformation du cœur avec persistance du trou de Botal, et sans cyanose, dans lequel le système artériel recevait

une très-petite quantité de sang rouge, etc.; par le docteur *A. Mayne*. 239
30. Des causes de mort subite ; par M. *Malcolm Hilles*. 241
42. De la fluxion de poitrine typhoïde, et de son traitement spécial par les révulsifs; pour servir à l'histoire des maladies épidémiques du midi de la France ; par le docteur *Mourgue*. 258
43. Sur l'apoplexie de la moelle épinière ; par M. *Peddie*. 274
THÉRAPEUTIQUE. — 11. Nouvelle méthode de traitement de la couperose. 84
12. Névralgie sciatique datant de quinze ans et rebelle à une foule de moyens ; guérison presque instantanée par l'application du cautère actuel sur le dos du pied ; par M. *Payan*. 86
13. De l'emploi de la potion de Chopart contre l'hémoptysie ; par M. *Alp. Milcent*. 88
14. Du sulfate de quinine à haute dose comme traitement prophylactique de la fièvre puerpérale ; par le docteur *Leudet*. 95
15. Note sur l'emploi du musc associé à l'opium dans le traitement des pneumonies ataxiques ; par M. *Carrière*. 99
16. De l'utilité des boissons simplement émollientes dans le traitement de la colique saturnine ; par M. *Martin-Solon*. 108
17. De l'emploi de la digitaline, de ses effets physiologiques et de ses avantages thérapeutiques ; par le docteur *E. Hervieux*. (*Suite*.) 112
31. Du traitement de l'éruption furonculeuse rebelle, par la liqueur de *Fowler*, par le docteur *Schweich*. 243
44. Note sur le pansement des vésicatoires ; par M *Maclagan*. 277

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 18. Observations sur l'avortement partiel dans le cas de grossesse multiple ; par M. *J.-L. Brachet*. 122
33. Observation de grossesse utérine dans laquelle le fœtus a séjourné près de trois mois dans la cavité utérine, après le terme ordinaire de la gestation et a amené la destruction de la paroi antérieure de l'utérus ; par le docteur *Oldham*. 245
34. Cas de blessure grave de la vulve durant la grossesse, suivie d'une hémorrhagie alarmante ; par M. *M'Clintock*. 247
35. OEuf altéré simulant un polype de l'utérus ; par M. *Merriman*. 248
MALADIES DES FEMMES. — 19. Ovariotomie.— Succès ; par M. *Vaullegeard*. 131
20. Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes ; par le docteur *C. Devilliers* fils. (*Suite*.) 145
21. Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel ; par le docteur *G. Bernutz*. 161
32. De l'étiologie de la fièvre puerpérale ; par le docteur *Semelweis*. 244
MALADIES DES ENFANTS. — 22. Essai clinique sur le croup chez les enfants. — Histoire de deux épidémies observées à l'hôpital des Enfants-Malades de Paris, pendant les années 1846 et 1847 ; par le docteur *Arsène Vauthier*. 180

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 23. Aperçu pratique sur la suppuration et les abcès de la prostate ; par le docteur *Civiale*. 199
36. Deux observations de kyste hydatique de la prostate et de la région prostatique ; par les docteurs *G. Lowell* et *B. Curlin*. 249
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 24. Observation de nœvi materni, traités avec succès par le procédé de M. *Fayolle* modifié ; par M. *Malgaigne*. 206
37. Nouvelle méthode de la paracentèse du thorax. 251
38. Cas de hernie inguinale étranglée, réduite par la méthode de M. Buchann ; par M. *Mackie*. 254
OPHTHALMOLOGIE. — 25. Sur une espèce de diplopie binoculaire-musculaire non encore décrite ; par le docteur *Sichel*. 210

39. Anomalies du ganglion ciliaire ; par M. *Hallett*. 254

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

26. Emploi des bougies fines multiples dans un cas de rétrécissement de l'urèthre, réfractaire à la dilatation ordinaire ; guérison ; par M. *Amussat*. 214

XII. GÉNÉRALITÉS.

27. Mémoire sur la localisation des maladies cutanées; par *C. Baron*. (*Suite* et *fin*.) 217

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des Sciences de Paris. (Séance du 29 mai.) — De la mort apparente et des moyens de prévenir les enterrements prématurés. 226. — Structure des papilles de la langue. 228. — Cause de la mutabilité de la coloration de la peau des rainettes. 229. — Kyste de l'orbite ; injection iodée ; guérison. 230.

ACADÉMIE royale de Médecine de Paris. (Séances des 16, 23 et 30 mai.) — Empoisonnement par la teinture de colchique. 230. — Médication réfrigérante. 231. — Epilepsie traitée par l'artériotomie épicrânienne.—Fracture du crâne d'un fœtus dans le sein de la mère. 232. — Fistules dentaires. 233.—Accouchement d'un fœtus monstrueux. 234.

MÉLANGES.

40. Nouvelle formule d'une mixture odontalgique. 255
41. Note sur les dentifrices ; par M. *Mialhe*. 256

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 189e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME V. — MAI 1848.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mai et juin 1848).

Fleury (L.). Note sur un cas de polydipsie traitée par le calomel et la salivation. 24
Wilde (W. R.). Recherches sur les affections inflammatoires de la membrane du tympan et de l'oreille moyenne. 31
Hervieux (E.). De l'emploi de la digitaline, de ses effets physiologiques et de ses avantages thérapeutiques. 112
Devilliers fils. (C.). Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes. 145
Bernutz (G.). Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel. 161
Arsène Vauthier. Essai clinique sur le croup chez les enfants. — Histoire de deux épidémies observées à l'hôpital des Enfants Malades de Paris, pendant les années 1846 et 1847. 180

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (mars, avril et mai 1848).

Monneret. Note sur le choléra-morbus observé à Constantinople en 1847 et 1848. 62
Sandras. De la fièvre nerveuse. 66
Valleix. De la névralgie générale, affection qui simule des maladies graves des centres nerveux, et de son traitement. 75
Payan. Névralgie sciatique datant de quinze ans et rebelle à une foule de moyens ; guérison presque instantanée par l'application du cautère actuel sur le dos du pied. 86
Milcent (Alp.). De l'emploi de la potion de Chopart contre l'hémoptysie. 88
Leudet. Du sulfate de quinine à haute dose comme traitement prophylactique de la fièvre puerpérale. 95
Carrière. Note sur l'emploi du musc associé à l'opium dans le traitement des pneumonies ataxiques. 99
Martin-Solon. De l'utilité des boissons simplement émollientes dans le traitement de la colique saturnine. 108
Civiale. Aperçu pratique sur la suppuration et les abcès de la prostate. 199
Mialhe. Note sur les dentifrices. 256

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 21, 22, 23, 24, 25 ; 1848).

Nouvelle méthode de traitement de la couperose. 84
Baron (C.). Mémoire sur la localisation des maladies cutanées. 217
Bourguet. Observation de pustule maligne multiple (sept pustules malignes sur le même avant-bras) ; insuffisance de la cautérisation seule ; guérison au moyen de la cautérisation aidée des vésicatoires appliqués localement. 40

Corbin (Eus.). Méningite cérébro-spinale. — Invasion dans la garnison d'Orléans pendant l'hiver 1847-1848. — Résumé des observations. 44
Peddie. Sur l'apoplexie de la moelle épinière. 274
Maclagan. Note sur le pansement des vésicatoires. 277

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (mars et avril 1847).

Gintrac (Henri). Hémoptysie intermittente. 1
Mourgue. De la fluxion de poitrine typhoïde, et de son traitement spécial par les révulsifs ; pour servir à l'histoire des maladies épidémiques du midi de la France. 258

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (juin 1848).

Vaullegeard. Ovariotomie. — Succès. 131
Amussat. Emploi des bougies fines multiples dans un cas de rétrécissement de l'urèthre, réfractaire à la dilatation ordinaire ; guérison. 214

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (mars 1848).

Brachet (J.-L.). Observations sur l'avortement partiel dans le cas de grossesse multiple. 122

JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE (avril 1848).

Nouvelle formule d'une mixture odontalgique. 255

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (mai 1848).

Raimbert. Mémoire et observations sur l'acrodynie sporadique. 18
Malgaigne. Observation de nœvi materni, traités avec succès par le procédé de M. *Fayolle*. 206
Sichel. Sur une espèce de diplopie binoculaire-musculaire non encore décrite. 210

UNION MÉDICALE (mars et avril 1848).

Valleix. Colique végétale observée à Paris. 4

JOURNAUX ANGLAIS.

DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MED.

Mayne. Observation de vice de conformation du cœur avec persistance du trou de Botal, et sans cyanose, dans lequel le système artériel recevait une très-petite quantité de sang rouge, etc. 239

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Oldham. Observation de grossesse utérine dans laquelle le fœtus a séjourné près de trois mois dans la cavité utérine, après le terme ordinaire de la gestation et a amené la destruction de la paroi antérieure de l'utérus ; par le docteur *Oldham*. 245

LONDON MED. GAZETTE.

Benezerd (E.). Observation d'occlusion prématurée du trou ovale avec maladies de la valvule mitrale, et persistance du canal artériel. 237

LONDON MED. CHIR. TRANSACTIONS.

Lowell (G.). et *Curlin* (B.). Deux observations de kyste hydatique de la prostate et de la région prostatique. 249

THE MEDICAL TIMES.

Malcolm Hilles. Des causes de mort subite. 241

M'Clintock. Cas de blessure grave de la vulve durant la grossesse, suivie d'une hémorrhagie alarmante. 247
Merriman. OEuf altéré simulant un polype de l'utérus. 248
Mackie. Cas de hernie inguinale étranglée, réduit par la méthode de M. Buchann. 254
Hallett. Anomalies du ganglion ciliaire. 254

JOURNAUX ALLEMANDS.

CASPER'S WOCHENSCHRITF.

Schweich. Du traitement de l'éruption furonculeuse rebelle, par la liqueur de *Fowler.* 243

ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN.

Semelweis. De l'étiologie de la fièvre puerpérale. 244

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MED.

Nouvelle méthode de la parencentèse du thorax. 251